

Anlagenband zum Forschungsprojekt

Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären
Pflege (MoPIP)
(SV14-9015)

UBC-Zentrum für Alterns-und Pflegeforschung und
UBC- Zentrum für Sozialpolitik

Bremen, 28. Februar 2017

Anlagen

- 01 Bewertung Qualitätsindikatoren nach Wingefeld et al. (2011) mit QUALIFY
- 02 Suchkomponenten der Literaturrecherche
- 03 Items des in der Studie eingesetzten Erhebungsinstruments
- 04 Datenschutzkonzept
- 05 Informationsschreiben für Pflegeeinrichtungen und gesetzliche Vertreter*innen
- 06 Aufklärung und Einwilligung für Bewohner*innen und gesetzliche Vertreter*innen
Plausibilitätsprüfung
- 07 Information und Einwilligung Fokusgruppendifkussion
- 08 Leitfaden zur Implementierung des Instrumentariums zur Datenerfassung
- 09 Regeln zur Datenerhebung
- 10 Fragebogen Erhebungsdokumentation
- 11 Beispiel Einrichtungsbezogener Datenbericht
- 12 Datenblatt Plausibilitätsprüfung
- 13 Interviewleitfaden Fokusgruppen
- 14 Statistische Plausibilitätsprüfungen Bewohner*innendaten
- 15 Merkmale der Bewohner*innenstichprobe t_0
- 16 Textfelder Freitextantworten
- 17 Streudiagramme der Gegenüberstellung der Indikatorenergebnisse in originaler und modifizierter Version
- 18 Erhebungen zur selben Zeit
- 19 In der Risikoadjustierung getestete Variablen
- 20 Berechnungsmodell der Risikoadjustierung
- 21 Rückmeldungen zu den Items des Erhebungsinstruments
- 22 Schema zur Bewertung von Qualitätsberichten
- 23 Ergebnisse der Bewertung von Qualitätsberichten
- 24 Entwurf Ergebnisdarstellung für Fokusgruppendifkussion
- 25 Stichprobe der Verbraucher*innenbefragung
- 26 Gutachten
- 27 Berechnungsformeln für den Erwartungswert der Indikatoren auf Bewohner*innenebene und Bildung des risikoadjustierten Indikators auf Einrichtungebene (werden nachgereicht)
- 28 Vorschlag für eine einheitliche Bewertungssystematik (werden nachgereicht)

01 Bewertung Qualitätsindikatoren nach Wingenfeld et al. (2011) mit
QUALIFY

Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)

Bewertung der gesundheitsbezogenen Indikatoren nach Wingenfeld et al. (2011b) mit QUALIFY

Fünfstück, Mathias¹; Hasseler, Martina²; Planer, Katarina³; Götze, Hans-Joachim⁴

¹ Uni Bremen Campus GmbH (UBC)

² Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Campus Wolfsburg

³ Hochschule Esslingen

⁴ Hochschule Neubrandenburg

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund und Vorgehen bei der Indikatorenbewertung	3
2	Allgemeine Bewertungen	6
3	Mobilitätserhalt oder -verbesserung	9
4	Selbstständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen	12
5	Selbstständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	16
6	Dekubitusentstehung.....	19
7	Stürze mit gravierenden Folgen.....	22
8	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust.....	25
9	Integrationsgespräch nach dem Heimeinzug	28
10	Einsatz von Gurtfixierungen	30
11	Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohner_innen mit kognitiven Einbußen.....	32
12	Schmerzmanagement.....	35
	Literaturverzeichnis.....	39

1 Hintergrund und Vorgehen bei der Indikatorenbewertung

Das Verfahren der Indikatorenbewertung und der Hintergrund sollten kurz dargestellt werden, um die Einbettung gut darzustellen, d.h. gut darzustellen, aus welchen Gründen wir diese Bewertung vorgenommen haben. Des Weiteren ist es sinnvoll kurz zu beschreiben, dass diese Bewertung der erste Schritt im Projekt darstellt und aus welchen Gründen wir diesen ersten Schritt dargestellt haben.

Im Rahmen der Studie „Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege“ (MoPIP) wurde in Vorbereitung auf die modellhafte Implementierung von Qualitätsindikatoren in stationären Pflegeeinrichtungen das Qualitätsindikatorensset von Wingefeld et al. (2011b) anhand von wissenschaftlichen Kriterien geprüft. Die Bewertung des Indikatorenssets wurde mit dem Instrument QUALIFY (Instrument for the Assessment of Quality Indicators, Reiter et al. 2007) vorgenommen, welches eine strukturierte Bewertung von Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen ermöglicht. Es wird eingesetzt, um zu prüfen, ob Indikatoren „geeignet sind, Unterschiede in der Versorgungsqualität zuverlässig darzustellen“ (Reiter et al. 2007, S. 3).

Bei der Bewertung des Qualitätsindikatorenssets von Wingefeld et al. (2011b) wurde nach den allgemeinen Prinzipien des QUALIFY (Reiter et al. 2007) im Einzelnen wie folgt vorgegangen:

1. Bestimmung des Ziels:

Als Ziel der Bewertung wurde eine auf dem QUALIFY basierende abgestimmte Begutachtung der vorliegenden Wingefeld-Qualitätsindikatoren vereinbart. QUALIFY wurde eingesetzt, um eine fachliche und (pflege-)wissenschaftliche Beurteilung zu ermöglichen und Aussagen darüber zu treffen, ob je nach Bewertungsergebnis der jeweilige Indikator unverändert bestehen oder weiterentwickelt werden soll, mit entsprechender Anpassung des Erhebungsmaterials. Die Begutachtung erfolgte ausschließlich auf Basis des Abschlussberichts von Wingefeld et al. (2011b). Die Indikatoren waren hinsichtlich eines Einsatzes in der stationären Langzeitpflege zu bewerten.

2. Benennung des Expertengremiums:

Das Expertengremium setzte sich aus zwei externen und zwei projektinternen Pflegewissenschaftler_innen zusammen.

3. Beschreibung der Gütekriterien des QUALIFY:

Das QUALIFY ist für eine strukturierte Bewertung von Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen ausgelegt. Die Beschreibungen und die Beispiele sind jedoch sehr auf Kliniken bezogen. Daher wurde ein Dokument erarbeitet, in dem die Gütekriterien auf den Bereich der stationären Langzeitpflege sprachlich angepasst und beschrieben worden sind. Dieses Dokument bildete zusammen mit der Originalbeschreibung des QUALIFY die gemeinsame Bewertungsgrundlage, welche allen Bewerter_innen zugesendet worden ist. Jede mit der Bewertung beauftragte Person musste die Dokumentation zum QUALIFY lesen, so dass alle das gleiche Verständnis zum Instrumentarium und insbesondere zu den Gütekriterien hatten. Fragen zum Instrumentarium wurden vor der Bewertung geklärt. In der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 1) sind die Gütekriterien des QUALIFY gelistet und die Kernaussagen zum

jeweiligen Gütekriterium festgehalten. Die Kernaussagen bildeten die Hilfestellung für die Bewertung.

4. Auswahl der Gütekriterien:

Im Rahmen des Bewertungsprozesses wurden keine Gütekriterien aus dem QUALIFY ausgeschlossen.

5. Festlegung der Entscheidungsregel für eine gemeinsame Abstimmung:

Ein Gütekriterium wurde dann als ausreichend oder nicht ausreichend erfüllt bewertet, wenn drei der vier Bewerter_innen das Kriterium übereinstimmend bewertet haben. Eine Übereinstimmung war gegeben, wenn drei der vier Bewerter_innen das Kriterium entweder mit 1 = trifft nicht zu bzw. 2 = trifft eher nicht zu oder mit 3 = trifft eher zu bzw. 4 = trifft zu bewertet haben.

6. Bewertung der Qualitätsindikatoren:

Die Bewertung der Qualitätsindikatoren wurde zunächst von jedem Gutachter einzeln vorgenommen, so dass unabhängige Bewertungen den Ausgangspunkt für eine Bewerterkonferenz bilden konnten. Jede Bewertung musste begründet werden. Für die Bewerterkonferenz wurden die Einzelbewertungen zusammengeführt und gemeinsam einer näheren Betrachtung unterzogen. Es wurden insbesondere gegensätzliche Bewertungen in den Fokus der Diskussionen der Bewerterkonferenz gerückt, um gegensätzliche Bewertungen und deren Begründungen zu erörtern. Nach jeder Diskussion wurde die Möglichkeit für jede_n Bewerter_in gegeben, die getroffene Entscheidung zu überdenken und ggf. zu revidieren. Ein Konsens wurde in keinem Fall verlangt.

Methodisches Gütekriterium	Kernaussage
Bedeutung	Der Indikator erfasst wesentliche Aspekte der Lebensqualität, Morbidität oder Mortalität.
Nutzen	Der Einsatz dieses Qualitätsindikators kann die Versorgungsqualität positiv beeinflussen.
Risiken / Nebenwirkungen	„Es sind keine Risiken bekannt oder die bekannten bzw. vermuteten Risiken durch den Einsatz des Indikators sind beschrieben und erforderlichenfalls berücksichtigt.“
Indikatorevidenz	Das Vorhandensein der gemessenen Struktur (des gemessenen Prozesses) führt zu einem verbesserten Ergebnis. Das gemessene Ergebnis kann vom Leistungserbringer beeinflusst werden.
Klarheit der Definitionen (des Indikators und seiner Anwendung)	Der Indikator ist klar und eindeutig definiert. <ul style="list-style-type: none"> • Berechnung des Indikators • Daten und Erhebungsmethode • Datenquellen, Messmethode • Methode der Berichterstattung • Adressaten/Verwendungszweck
Reliabilität	Es handelt sich um eine reliable Messung. Die Messung ist reproduzierbar bei definierter Messmethode (Datenerhebung und Auswertung).
Statistische Unterscheidungsfähigkeit	Die Diskriminationsfähigkeit wird dem Zweck der Erhebung gerecht.
Risikoadjustierung	Folgende Aussagen erhalten eine Bewertung: „Alle bekannten relevanten Einflussfaktoren auf das Ergebnis des

	<p>Qualitätsindikatoren sind berücksichtigt.“ „Die verwendeten Risikofaktoren sind insgesamt reliabel messbar.“ „Die Methode der Risikoadjustierung ist geeignet um eine unverzerrte Aussage hinsichtlich des Qualitätsziels treffen zu können.“ Der Kernaussage "Der Indikator ist ausreichend risikoadjustiert" wird das ungünstigste Ergebnis aus den drei bewerteten Aussagen zugeordnet.</p>
Sensitivität	<p>Der Indikator ist ausreichend sensitiv. Die Sensitivität bezeichnet die Wahrscheinlichkeit, dass bestehende Qualitätsprobleme zu dem bewerteten Versorgungsbereich tatsächlich erkannt werden.</p>
Spezifität	<p>Der Indikator ist ausreichend spezifisch. Die Spezifität bezeichnet die Wahrscheinlichkeit, dass unauffällige Qualität mit einer unauffälligen Indikatorausprägung verbunden ist.</p>
Validität	<p>Der Indikator ist ausreichend valide. Der Indikator misst, was er zu messen vorgibt.</p>
Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für die Nutzer (Öffentlichkeit)	<p>Die Ergebnisse des Qualitätsindikators können von den Nutzern und interessierter Öffentlichkeit verstanden und interpretiert werden.</p>
Verständlichkeit für Ärzte und Pflegende	<p>Die Ergebnisse des Qualitätsindikators können von Ärzten und Pflegenden verstanden und interpretiert werden.</p>
Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung	<p>Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den bewerteten Akteuren beeinflusst werden kann. Der Unterschied zur wissenschaftlich bewerteten Beeinflussung liegt darin, dass hier überprüft werden soll, ob das gemessene Ergebnis von Leistungserbringern grundsätzlich (unabhängig von Evidenz) beeinflusst werden kann. So kann Pflege beispielsweise nicht für die Korrektheit einer Diagnose gerade stehen.</p>
Datenverfügbarkeit	<p>Die Daten werden beim Leistungserbringer routinemäßig dokumentiert oder die zusätzliche Erhebung erfordert vertretbaren Aufwand.</p>
Erhebungsaufwand	<p>Es steht keine Datenerhebungsmethode zur Verfügung, die mit geringerem Aufwand mindestens gleichwertige Ergebnisse liefert.</p>
Implementationsbarrieren berücksichtigt	<p>Es sind keine Implementationsbarrieren bekannt oder sie sind durch geeignete Maßnahmen berücksichtigt.</p>
Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden	<p>Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden. Es steht ein Verfahren zur Verfügung, mit dem die Übereinstimmung der Dokumentation mit der Realität oder einer Referenz (z. B. Patientenakte) überprüft werden kann.</p>
Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden	<p>Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden. Es steht ein Verfahren zur Verfügung, mit dem überprüft werden kann, ob alle erforderlichen Daten des Erhebungsdatensatzes vollständig geliefert worden sind.</p>
Die Vollzähligkeit der Daten kann überprüft werden	<p>Die Vollzähligkeit der Daten kann überprüft werden. Es steht ein Verfahren zur Verfügung, mit dem überprüft werden kann, ob alle dokumentationspflichtigen Erhebungsdatensätze vollzählig geliefert worden sind.</p>

Tabelle 1: Übersicht zu den Gütekriterien des QUALIFY und deren Kernaussagen (Reiter et al. 2007)

2 Allgemeine Bewertungen

Grundlage für die Bewertung der Qualitätsindikatoren anhand der Gütekriterien des QUALIFY war ausschließlich der Bericht von Wingenfeld et al. (2011b). Jeder Indikator wurden anhand der einzelnen Gütekriterien beurteilt, indem der Bericht hinsichtlich relevanter Aussagen analysiert wurde. Im Bewertungsverfahren hat sich herausgestellt, dass für einige Gütekriterien generelle Aussagen über alle Indikatoren hinweg getroffen werden konnten, da die für die Bewertung notwendigen Informationen im Bericht entweder nicht vorlagen oder nur über alle Indikatoren hinweg beschrieben worden sind. Die im Folgenden dargestellten Bewertungen beziehen sich auf die Gütekriterien, die für alle Indikatoren gleichermaßen relevant waren.

Gütekriterium Reliabilität

In QUALIFY werden zwei Arten der Reliabilität unterschieden. Das Test-Retest-Verfahren und das Inter-Rater-Verfahren (Reiter et al. 2007, S. 13). Im Bericht von Wingenfeld et al. (2011b) wird die Durchführung einer Testung der Urteilerübereinstimmung beschrieben, ein Interrater-Reliabilitäts-Test. Angaben über ein Test-Retest-Verfahren sind nicht vorhanden. Der IR-Reliabilitäts-Test wurde in zwei Einrichtungen, von zwei Ratern, bei 117 Bewohner_innen durchgeführt (Wingenfeld et al. 2011b, S. 32). Ergebnisse werden nur für die Einschätzung der Mobilität und der „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ berichtet. Für die Mobilität wurde ein Kappa-Koeffizient von 0.61 ermittelt und als mittelmäßige bis gute Übereinstimmung bewertet (Wingenfeld et al. 2011b, S. 85). Dies bedeutet, dass bei vier von zehn Bewohner_innen die Einschätzung nicht übereinstimmt und somit aus wissenschaftlicher Perspektive nicht als mittelmäßige bis gute Übereinstimmung zu bewerten ist. Für die Einschätzung der „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ wurden keine Angaben zum Kappa-Koeffizient gemacht, aber eine schlechte Übereinstimmung attestiert (Wingenfeld et al. 2011b, S. 101). Somit kann festgehalten werden, dass die Reliabilität über alle Indikatoren hinweg bisher nicht nachgewiesen worden ist.

Gütekriterium Statistische Unterscheidungsfähigkeit

Die statistische Unterscheidungsfähigkeit der Indikatoren wird als nicht gegeben bewertet. Die statistische Unterscheidungsfähigkeit setzt voraus, dass eine Mindestanzahl an Fälle je Indikator vorhanden ist, um eine statistisch signifikante Unterscheidung zwischen „guter Qualität“ oder „schlechter Qualität“ zu ermöglichen (Reiter et al. 2007, S. 15). Für alle Indikatoren in den Qualitätsbereichen 1 und 2 wurden gleichermaßen 10 Bewohner_innen als Mindestanzahl für einen Vergleich zwischen den Einrichtungen definiert (Wingenfeld et al. 2011b, S. 83, S. 106 und S.131). Für den Qualitätsbereich 3 wurde keine Mindestanzahl benannt. Die Anzahl von 10 Bewohner_innen wurde nicht begründet und lässt sich aus dem Bericht auch nicht herleiten.

Gütekriterium Risikoadjustierung

Eine ausreichende Risikoadjustierung der Indikatoren wird als nicht gegeben bewertet. Wingenfeld et al. (2011b) schlagen im Kontext der Risikoadjustierung eine Stratifizierungsmethode vor, die sich einerseits am Grad der kognitiven Einbußen der Bewohner_innen orientiert und andererseits am Grad des Dekubitusrisikos. Dieses Vorgehen erscheint im Rahmen einer fundierten Risikoadjustierung als unzureichend, da eine Stratifizierung, die unveränderbare institutionelle und personenbezogene Einflussfaktoren nicht berücksichtigt, nicht ausreicht, um vergleichbare Gruppen von Bewohner_innen und Einrichtungen zu bilden (siehe auch Wingenfeld et al. 2011b, S. 269). Wingenfeld et al. (2011b) weisen selbst auf Studien hin, die belegen, dass es mehrere Faktoren gibt, die beispielsweise die

Mobilitätsentwicklung beeinflussen können. Um diese zu berücksichtigen, wäre eine Risikoadjustierung auf der Basis von Mehr-Ebenen-Modellen notwendig, die sowohl national (Neuderth et al. 2013) als auch international bereits genutzt werden (siehe auch Lyons und Sayer 2005; Li et al. 2009; Arling et al. 2007; Dobbs und Montgomery 2005).

Davon betroffen sind alle Ergebnisindikatoren:

- Erhalt oder Verbesserung der Mobilität
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
- Dekubitusentstehung
- Stürze mit gravierenden Folgen
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust

Im Rahmen der Stratifizierung werden Bewohner_innen anhand definierter Merkmale in Abhängigkeit vom jeweiligen Indikator grundsätzlich ausgeschlossen. Die Bewertung der Ausschlusskriterien wird in den entsprechenden Abschnitten der Indikatoren dargestellt, weil hier unterschiedliche Ausschlusskriterien greifen.

Gütekriterium Sensitivität

Die Sensitivität der Indikatoren wird als nicht gegeben bewertet, da hierzu im Bericht keine Informationen zu finden sind. Nach Reiter et al. (2007) setzt die Beurteilung der Sensitivität für die einzelnen Indikatoren jeweils einen Goldstandard voraus, welche hinsichtlich der Messung von Qualität und der Identifizierung von Qualitätsproblemen sowohl national als auch international noch nicht zur Verfügung stehen. Eine ausreichende Sensitivität eines Indikators ist gegeben, wenn wahrscheinlich ist, dass bestehende Qualitätsprobleme, die der Indikator aufzeigen soll, tatsächlich erkannt werden und die Resultate der Indikatoren auf Qualitätsbemühungen oder Qualitätsprobleme zurückzuführen sind (Reiter et al. 2007, S. 20).

Gütekriterium Spezifität

Die Spezifität der Indikatoren wird als nicht gegeben bewertet, da eine Darstellung der Spezifität auf der Ebene der einzelnen Indikatoren im Bericht von Wingenfeld et al. (2011b) nicht erfolgte. Nach Reiter et al. (2007) setzt die Beurteilung der Spezifität für die einzelnen Indikatoren ebenfalls einen Goldstandard voraus. Eine ausreichende Spezifität eines Indikators ist gegeben, wenn unauffällige Qualität mit unauffälligen Indikатораusrprägungen einhergehen (Reiter et al. 2007, S. 21).

Gütekriterium Validität

Die Validität der Indikatoren wird als nicht gegeben bewertet, da hierzu im Bericht keine Informationen zu finden sind. Ausnahme ist der Indikator „Erhalt oder Verbesserung der Mobilität“. Im Bericht von Wingenfeld et al. (2011b) wird die Überprüfung der Konvergenzvalidität dieses Indikators beschrieben, welche mit Hilfe des Barthel-Index in vier Einrichtungen bei 193 Bewohner_innen durchgeführt wurde. Der Feststellung, „dass mit der gewählten Methode Veränderungen der Mobilität hinreichend verlässlich abgebildet werden können“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 85) stehen Literaturquellen gegenüber, die dem NBA bescheinigen, Pflegebedarfe nicht valide zu differenzieren (siehe hierzu Brühl 2012; Bensch 2013).

Gütekriterium Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit und Gütekriterium Verständlichkeit für Ärzte und Pflegende

Beide Gütekriterien wurden zu Beginn der Bewertung ausgeschlossen, da bereits die Projektbeschreibung darauf schließen ließ, dass hierzu im Bericht keine Aussagen getroffen werden.

Gütekriterium Implementationsbarrieren berücksichtigt

Die Berücksichtigung der Implementationsbarrieren des Indikators wird als nicht gegeben bewertet. Im Anhang D des Berichts (Wingenfeld et al. 2011b) werden Implementierungshilfen gegeben, die sich jedoch ausschließlich auf konkrete Anwendungsfragen beziehen. Institutionelle Notwendigkeiten und Integrationsprozesse (Dokumentation, Assessments, Interventionen, Konzepte) werden nicht beschrieben. Da das Qualitätsindikatoren-System jedoch eine Vielzahl an Daten und eine Regelmäßigkeit der Datenerhebung erforderlich macht, ist hier von einem weitreichenden Organisationsentwicklungsprozess auszugehen, um eine Datenlage zu schaffen, mit denen Qualitätsindikatoren bewertet werden können. Dies wird erhebliche Eingriffe in die einrichtungsspezifische Dokumentationspraxis (und damit in die Unabhängigkeit des Managements) erforderlich machen, was mit Widerstand verbunden sein wird. Alle Einrichtungen müssen sich auf eine separate Datenerhebung einstellen, solange die EDV noch nicht dahingehend umgestellt ist, die relevanten Daten zur Bewertung der Qualitätsindikatoren automatisiert zur Verfügung zu stellen. Einrichtungen ohne EDV-basierte Dokumentationssysteme werden ggf. hohe Anschaffungskosten tragen müssen.

Gütekriterium Richtigkeit der Daten

Es wird im Bericht von Wingenfeld et al. (2011b) nicht beschrieben, ob die Daten auf Richtigkeit überprüft worden sind. Reiter et al. (2007) weisen explizit darauf hin, dass hier nicht die Dokumentationsqualität geprüft wird, sondern, ob die Daten aus der Dokumentation korrekt übertragen worden sind. Eine entsprechende Kontrolle wurde nicht aufgezeigt. Bedenklich ist, dass durch die geplante Selbsterhebung der Daten gerade an dieser Stelle ein deutlicher Einfluss durch die Pflegeeinrichtungen zumindest möglich ist. Mit Einführung einer kontinuierlich laufenden EDV-basierten Dokumentation, welche die Indikatorenwerte aus der bestehenden Dokumentation generiert, sollte die Problematik nicht mehr bestehen.

Gütekriterium Vollständigkeit der Daten

Es wird nicht berichtet, inwieweit eine Überprüfung der Daten auf Vollständigkeit erfolgte. Mit Einführung einer kontinuierlich laufenden EDV-basierten Dokumentation, welche die Indikatorenwerte aus der bestehenden Dokumentation generiert, sollte die EDV bereits „erkennen“, an welcher Stelle die Dokumentation und somit auch die Angaben für die Indikatoren unvollständig ist.

Gütekriterium Vollzähligkeit der Daten

Mit dem Gütekriterium Vollzähligkeit der Daten sollte bewertet werden, ob ein Verfahren zur Verfügung steht, welches ermöglicht, zu prüfen, ob die dokumentationspflichtigen Erhebungsdatensätze auch tatsächlich alle geliefert worden sind. Hierzu werden keine Angaben im Bericht von Wingenfeld et al. (2011b) gemacht.

Gütekriterium Indikatordefinition

Die Bewertung der jeweiligen Definitionen wird für die Indikatoren einzeln vorgenommen. Hierzu gehört auch die **Methode der Berichterstattung** zu überprüfen, welche im Bericht von Wingenfeld et al. (2011b) für alle gleich gestaltet ist. Dort wird vorgeschlagen, ein dreistufiges Bewertungsschema zu verwenden, um die Anteilswerte einordnen und Qualitätsunterschiede zwischen Einrichtungen darstellen zu können. Die Ergebnisse sollen in überdurchschnittliche, durchschnittliche und unterdurchschnittliche Ergebnisse dargestellt werden (Wingenfeld et al. 2011b, S. 86). Diese Ergebnisdarstellung erscheint problematisch, da der Vergleich der einrichtungsbezogenen Ergebnisse innerhalb der fachlich kategorisierten Quartile normativ ist, nicht empirisch begründet und messtheoretische Grundsätze verletzt (Summenscore des NBA-Moduls). Ebenfalls nicht valide ist ein Vergleich der einrichtungsbezogenen Prozentwerte ohne Prüfung, ob sie der gleichen Grundgesamtheit entstammen. Hier stellt sich die Frage der Repräsentativität der Studienpopulation, die nicht gegeben zu sein scheint.

Nach der allgemeinen Bewertung des Indikatorensets anhand der Gütekriterien, die generelle Aussagen über alle Indikatoren hinweg zuließen, werden in den folgenden Abschnitten die Qualitätsindikatoren anhand der verbleibenden Gütekriterien einzeln bewertet. Auf eine Unterscheidung nach Risikogruppen wurden dabei verzichtet, da die Bewertungen für die jeweiligen Gruppen identisch ausgefallen wären.

3 Mobilitätserhalt oder -verbesserung

Beurteilung des Qualitätsindikators „Mobilitätserhalt oder -verbesserung“ ohne Differenzierung nach Bewohner_innen mit oder ohne kognitive Einbußen.

Gütekriterien zur Relevanz ¹	1	2	3	4	0
Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem			x	3	
Nutzen			2	2	
Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen	x	3			

Die Bedeutung des Indikators wird als gegeben bewertet.

Mobilität steht in einem engen Zusammenhang mit Unabhängigkeit und Lebensqualität und unterliegt einer hohen Versorgungsvariabilität. Darüber hinaus konstituieren Mobilitätseinschränkungen Pflegebedürftigkeit. Die Feststellung, dass Maßnahmen zur Förderung der Mobilität aus pflegfachlicher Sicht geboten sind, löst Pflege aus. Wingenfeld zeigt anhand einiger Studien die Relevanz für den Indikator auf (Wingenfeld et al. 2011b, S. 79). Neuere Forschungsarbeiten und Veröffentlichungen zum Thema unterstreichen die Relevanz von Mobilität (siehe hierzu DNQP 2014 – Abschlussbericht Expertenstandard nach § 113a SGB XI "Erhaltung und Förderung der Mobilität").

¹ 1 = trifft nicht zu; 2 = trifft eher nicht zu; 3 = trifft eher zu; 4 = trifft zu; 0 = Enthaltung

Der Nutzen des Indikators wird als gegeben bewertet.

Der Einsatz des Indikators wird die Praxis zum Thema Mobilitätserhaltung/-förderung weiter sensibilisieren. Immobilität steigert die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten pflegerischer Risiken wie beispielsweise Pneumonie, Thrombose, Kontrakturen, Obstipation, Dekubitus u.a.m. Darüber hinaus scheint der Indikator geeignet, Prozesse der Qualitätsentwicklung zu fördern, durch Qualitätsentwicklungsmaßnahmen (beispielsweise im Kontext von Zielvereinbarungen mit Mitarbeitern, Personalentwicklung, Benchmarking-Projekte). Die Beurteilungen der angeführten Quellen, die zeigen, dass die Nutzung dieses Qualitätsindikators zu einer Qualitätsverbesserung geführt hat (Wingenfeld et al. 2011b, S. 80f), bleiben vage und damit subjektiv. Wingenfeld et al. (2011b) weisen darauf hin, dass die Mobilität als Kriterium zur Messung und Bewertung von Ergebnisqualität vor allem in der stationären Langzeitversorgung herangezogen wird und stellt den Zusammenhang zum amerikanischen Berichtssystem „Nursing Home Compare“ her (U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services 2004 in (Wingenfeld et al. 2011b, S. 81). Laut Studienergebnisse zum Indikator Mobilität spiegeln diese wider, „wie gut sich eine Einrichtung um die Förderung der Selbständigkeit ihrer Bewohner im Bereich der Mobilität bemüht“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 87).

Die Berücksichtigung von potenziellen Risiken des Indikators wird als nicht ausreichend bewertet.

Im Kontext der Langzeitpflege insbesondere älterer bzw. hochbetagter Menschen ist zu beachten, dass ein körperlicher Abbauprozess auch mit steigenden körperlichen Einschränkungen einhergeht und Bewegungen für diese Menschen subjektiv mehr Energie kosten und möglicherweise Schmerzen verursachen. Das Risiko, dass dieser Indikator die Pflegenden zu aktivierender Pflege – auch gegen den Willen des Pflegebedürftigen – „motiviert“ wird nicht thematisiert. Zu bedenken ist, dass sich Menschen gegen einen Erhalt und eine Verbesserung ihrer Mobilität aussprechen können. Dies ist, unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung, von Einrichtungen zu beachten und darf nicht zu einer schlechteren Qualitätseinschätzung führen. Der Indikator könnte dazu führen, dass die Förderung der Mobilität zu Lasten der Selbstbestimmung umgesetzt wird. Darüber hinaus konnte bisher nicht belegt werden, welche Maßnahmen welche Form der Mobilität unter welchen Umständen erhalten.

Gütekriterien zur Wissenschaftlichkeit	1	2	3	4	0
Indikatorevidenz	x	3			
Klarheit der Definitionen	2	2			
Reliabilität	4				
Statistische Unterscheidungsfähigkeit	4				
Risikoadjustierung	3	x			
Sensitivität	4				
Spezifität	4				
Validität	4				

Die Indikatorevidenz wird als nicht belegt bewertet.

Die Auswahl der angeführten Studien im Bericht von Wingefeld et al. (2011b, S. 80–81) wird nicht begründet und lässt keine Beurteilung darüber zu, ob der Einsatz des Indikators einen signifikanten Einfluss auf die Versorgung nehmen kann. Im erst später erschienen Expertenstandard „Erhalt und Förderung der Mobilität“ wird auf die geringe Indikatorevidenz hingewiesen (DNQP 2014, 105ff).

Die Klarheit der Definitionen des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Ein grundlegendes Problem wird darin gesehen, dass der Begriff der „Mobilität“ im gesamten Bericht nur unzureichend definiert worden ist. Er wird umrissen als „Fähigkeit zur Fortbewegung über kurze Strecken sowie zur Lageveränderung des Körpers“ (Wingefeld et al. 2011b, S. 77).

Die Berechnung des Indikators ist in der Formel klar und eindeutig geregelt.

„Die Indikatoren geben den Anteil der Bewohner an, deren Mobilität sich innerhalb von sechs Monaten nicht verschlechtert oder sogar verbessert hat. Bei Bewohner mit weitgehend fehlender Mobilität, die sich nicht verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung positiv gewertet“ (Wingefeld et al. 2011b, S. 78). Aus der Berechnung des Indikators werden Bewohner_innen mit spezifischen Merkmalen ausgeschlossen. Hierzu zählen komatöse bzw. somnolente Bewohner_innen und Bewohner_innen, die während des Erfassungszeitraumes ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben (Wingefeld et al. 2011b, S. 78). Es fehlt eine Erläuterung, was unter einem gravierenden Krankheitsereignis verstanden wird. Im Text finden sich nur exemplarische Ausführungen, die in der Datenerhebung einen Interpretationsspielraum zulassen. So wird beispielsweise die „akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung“ und insbesondere das Verständnis von „akut“ nicht definiert. Wie mit psychiatrischen „Ereignissen“, wie z. B. Depressionen, umzugehen ist, bleibt völlig unberücksichtigt. Auch die Pflegebedürftigen, die sich – entsprechend ihres eigenen Willens – explizit gegen Maßnahmen zur Mobilitätsverbesserung ausgesprochen haben, müssen eine Berücksichtigung finden.

Die **Messmethode** bezieht sich auf den Grad der Mobilität, welcher mit Hilfe des Moduls 1 „Mobilität“ aus dem „Neuen Begutachtungsassessment“ (Wingefeld et al. 2011a) dargestellt wird. Die Operationalisierung des Qualitätsindikators wird somit einzig auf die theoretische Definition des Konstrukts Mobilität im Rahmen des NBA gestützt, welches sich ausschließlich auf Bewegung des gesamten Körpers beschränkt und keine motorischen Fähigkeiten der Arme, Hände, Finger und der Beine und Füße berücksichtigt. Dies wäre dringend zu differenzieren.

Gütekriterien zur Praktikabilität	1	2	3	4	0
Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung		4			
Datenverfügbarkeit			x	3	
Erhebungsaufwand				4	
Implementationsbarrieren berücksichtigt		4			

Die Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Die Studienlage zur Beeinflussbarkeit der Mobilität ist sehr heterogen. Wingenfeld et al. (2011b) weisen darauf hin, dass Pflegeeinrichtungen auf verschiedene Art Einfluss auf den Grad der Mobilität ihrer Bewohner_innen nehmen können (Wingenfeld et al. 2011b, S. 80). Die Auswahl der Studien ist jedoch nicht nachvollziehbar dargestellt. Der aktuelle Expertenstandard „Erhalt und Förderung der Mobilität“ beschreibt die Grenzen des Nachweises der Beeinflussbarkeit, bzw. dessen empirischen Nachweises (DNQP 2014). Darüber hinaus bleiben die unterschiedlichen Struktur- und Prozessmerkmale der Einrichtungen, von denen die Beeinflussbarkeit abhängig ist, unberücksichtigt: selbst innerhalb eines Landes unterscheiden sich die Einrichtungen so sehr, dass Einrichtungsunterschiede in Bezug auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen mittels einer entsprechenden Risikoadjustierung zu berücksichtigen sind (Planer und Brühl 2012).

Die Datenverfügbarkeit des Indikators wird als gegeben bewertet.

Derzeit müssen die Daten noch separat erhoben werden. Mit Einführung des NBA ist jedoch davon auszugehen, dass die Daten bei den Leistungserbringern routinemäßig erfasst werden.

Der Erhebungsaufwand des Indikators wird positiv bewertet.

Wingenfeld et al. (2011b) folgend ist davon auszugehen, dass die Erfassung der notwendigen Daten im Rahmen des NBA-Moduls in einem Regelbetrieb ohne größeren Aufwand erfolgen kann. Es zeigte sich, dass das Instrument ohne nennenswerte Probleme implementiert werden konnte und der Aufwand der Durchführung der Datenerhebungen im Routinebetrieb gering und unproblematisch wäre (Wingenfeld et al. 2011b, S. 82).

4 Selbstständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen

Beurteilung des Qualitätsindikators „Selbstständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen“ ohne Differenzierung nach Bewohner_innen mit oder ohne kognitive Einbußen.

Gütekriterien zur Relevanz²	1	2	3	4	0
Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem		4			
Nutzen Keine Unabhängigkeit zum Indikator Mobilität		3			x
Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen		3			x

² 1 = trifft nicht zu; 2 = trifft eher nicht zu; 3 = trifft eher zu; 4 = trifft zu; 0 = Enthaltung

Die Bedeutung des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Selbstständigkeit steht in einem engen Zusammenhang mit Unabhängigkeit und mit der Lebensqualität. Zudem kann dieser Indikator nicht unabhängig von der Mobilität betrachtet werden. Wingenfeld et al. (2011b) nehmen im Kontext der Bedeutung des Indikators Bezug auf das Versorgungsziel, die Selbstständigkeit der Bewohner_innen so weit wie möglich zu erhalten (Wingenfeld et al. 2011b, S. 87). „Für eine selbständige Lebensführung und Autonomie im Alter ist die Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen von hoher Bedeutung“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 88). Hinsichtlich der Relevanz wird mit Verweis auf die Literaturlage festgehalten, dass die Selbstständigkeit mit Aktivitäten im Zusammenhang steht und Wohlbefinden wie auch Lebensqualität beeinflussen. Fehlende Aktivierungen und Motivierungen führen zu Verschlechterungen von Fähigkeiten. Die Förderung von Selbstständigkeit wird daher als ein wichtiges Versorgungsziel betrachtet (Wingenfeld et al. 2011b, S. 88). Unstreitig ist, dass die Unselbstständigkeit bei der Durchführung von Alltagsverrichtungen Auslöser von pflegerischen Kompensationen ist. Insbesondere, wenn motorische und/oder kognitive Funktionsstörungen diese Unselbstständigkeit begründen. Problematisch ist, dass sich der Qualitätsindikator auf die theoretische Definition des Konstrukts „Selbstversorgung“ im Rahmen des NBA stützt, das sich auf einen Teil üblicher Alltagsverrichtungen beschränkt und nur einen normativ definierten Ausschnitt behandelt. Vor diesem Hintergrund ist es fraglich, ob es sich um einen unabhängigen Indikator handelt. Dass das Versorgungsziel darin besteht, „die Selbstständigkeit der Bewohner bei Alltagsverrichtungen so weit wie möglich zu erhalten“ muss kritisch hinterfragt werden. Im Zuge der Berücksichtigung einer selbstbestimmten Auftragsklärung auch auf Seiten der Bewohner_innen zeigt die Erfahrung, dass nicht alle Pflegebedürftigen dieses Ziel verfolgen, sondern es als Qualität erleben, wenn ihnen Alltagsverrichtungen abgenommen werden, bzw. ihnen dabei assistiert wird.

Der Nutzen des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

„Der Indikator kann darüber Auskunft geben, inwieweit sich eine Einrichtung um den Erhalt und die Förderung von Selbstständigkeit ihrer Bewohner bemüht“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 89). Wingenfeld et al. (2011b) weisen darauf hin, dass die Erprobungsergebnisse zeigen, „dass ein Erhalt oder eine Verbesserung bei einem großen Teil der Bewohner gelingt“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 96). Daraus wird die Schlussfolgerung gezogen, dass sich Einrichtungen erfolgreich um die Förderung der Selbstständigkeit ihrer Bewohner_innen bemühen (Wingenfeld et al. 2011b, S. 96). Die Anwendung des Indikators wird das vorhandene Bewusstsein in den Pflegeeinrichtungen zum Thema Selbstständigkeit stärken bzw. fördern. Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen kann als wesentlicher Ausdruck einer autonomen Lebensführung angesehen werden. Dennoch ist im Kontext der Langzeitpflege insbesondere alter Menschen zu berücksichtigen, dass ein körperlicher Abbauprozess auch mit steigenden körperlichen Einschränkungen einhergeht und die Durchführung von Alltagsverrichtungen für diese Menschen subjektiv mehr Energie kostet und möglicherweise Schmerzen verursacht. Zu berücksichtigen gilt zudem, dass sich Menschen gegen einen Erhalt und eine Verbesserung ihrer Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen aussprechen – dies ist – unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen – von Einrichtungen zu beachten und darf nicht zu einer schlechteren Qualitätseinschätzung führen. Die von Wingenfeld et al (2011b, S. 90ff) angeführten Quellen begründen die Auswahl dieses Qualitätsindikators nur unzureichend.

Die Berücksichtigung von potenziellen Risiken des Indikators wird als nicht ausreichend bewertet.

Im Bericht von Wingenfeld et al. (2011b) werden mögliche Risiken des Indikators nicht thematisiert. Dennoch ist mit zwei konträren Entwicklungen zu rechnen. Einerseits fehlt der Indikatoranreiz Bewohner_innen zu aktivieren, die völlig unselbstständig sind. Sollten dennoch Erfolge zu verzeichnen sein, ist mit einer zurückhaltenden Dokumentation der Verbesserungen zu rechnen, wenn rückläufige Entwicklung wahrscheinlich sind. Andererseits besteht das Risiko, dass dieser Indikator die Pflegenden zu aktivierender Pflege – auch gegen den Willen des Pflegebedürftigen – „motiviert“.

Gütekriterien zur Wissenschaftlichkeit	1	2	3	4	0
Indikatorevidenz	4				
Klarheit der Definitionen		4			
Reliabilität	4				
Statistische Unterscheidungsfähigkeit	4				
Risikoadjustierung	4				
Sensitivität	4				
Spezifität	4				
Validität	4				

Die Indikatorevidenz wird als nicht belegt bewertet.

Anhand von Studien wird aufgezeigt, dass eine Verbesserung der Selbstständigkeit innerhalb eines Jahres zumindest bei 10% der Bewohnerschaft möglich ist, bei 60% kann der Status erhalten bleiben (Wingenfeld et al. 2011b, S. 89). Es gibt keine Hinweise auf die Auswahl der zitierten Studien. Ein Zusammenhang zwischen der Indikatorevidenz und den im Bericht zitierten Studien kann nicht erkannt werden.

Die Klarheit der Definitionen des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Ein grundlegendes Problem hinsichtlich der Definition des Indikators liegt in der fehlenden Begriffsbestimmung der Selbstständigkeit. Es erfolgen lediglich Beispiele, auf welche Bereiche sich der Indikator „Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen“ bezieht. Hierzu gehören die „Körperpflege (u. a. sich waschen, duschen/baden, kämmen, Zahnpflege), An- und Auskleiden (Oberkörper an- und auskleiden, Unterkörper an- und auskleiden), Ernährung (u. a. Essen, Trinken, Getränk eingießen) sowie Ausscheiden (u. a. Toilette/Toilettenstuhl benutzen, Folgen einer Harninkontinenz bewältigen)“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 87). Diese Bereiche wurden aus dem NBA übernommen und sind dort im Modul „Selbstversorgung“ definiert.

Die Berechnung des Indikators ist nur bedingt geregelt.

„Die Indikatoren drücken den Anteil der Bewohner aus, bei denen sich die Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nicht verschlechtert oder sogar verbessert hat. Bei Bewohner mit weitgehend fehlender Selbstständigkeit, die sich nicht verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung berücksichtigt“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 88). Für die eigentliche Berechnung werden nicht die Zwischenschritte dargestellt. Es fehlt die Berechnung der Modulbewertung anhand der einzelnen (insgesamt 19) Items des NBA-Moduls. Aus der Berechnung des Indikators werden Bewohner_innen mit spezifischen Merkmalen ausgeschlossen. Hierzu zählen komatöse bzw. somnolente Bewohner_innen und

Bewohner_innen, die während des Erfassungszeitraumes ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben (Wingenfeld et al. 2011b, S. 78). Es fehlt eine Erläuterung, was unter einem gravierenden Krankheitsereignis verstanden wird. Im Text finden sich nur exemplarische Ausführungen, die in der Datenerhebung einen Interpretationsspielraum lassen. So wird beispielsweise die „akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung“ und insbesondere das Verständnis von „akut“ nicht definiert. Wie mit psychiatrischen „Ereignissen“, wie z. B. Depressionen, umzugehen ist, bleibt völlig unberücksichtigt. Auch die Pflegebedürftigen, die sich – entsprechend ihres eigenen Willens – explizit gegen Maßnahmen zum Selbstständigkeitserhalt oder deren Verbesserung ausgesprochen haben, müssen eine Berücksichtigung finden.

Die **Messmethode** bezieht sich auf den Grad der Selbständigkeit, welche mit Hilfe des Moduls 4 „Selbstversorgung“ aus dem „Neuen Begutachtungsassessment“ (Wingenfeld et al. 2011) dargestellt wird. Dieses Modul umfasst die Bereiche Körperpflege, An- und Auskleiden, Ernährung und Ausscheiden (Wingenfeld et al. 2011b, S. 91).

Gütekriterien zur Praktikabilität	1	2	3	4	0
Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung		4			
Datenverfügbarkeit			2	2	
Erhebungsaufwand				4	
Implementationsbarrieren berücksichtigt		4			

Die Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Aufgrund des engen Zusammenhanges zwischen Mobilität und Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen kann angenommen werden, dass die Ergebnisse des Expertenstandards „Erhalt und Förderung der Mobilität“ übertragbar sind. Der Standard beschreibt die Grenzen des Nachweises der Beeinflussbarkeit, bzw. dessen empirischen Nachweises entsprechender Interventionen. Darüber hinaus bleiben die unterschiedlichen Struktur- und Prozessmerkmale der Einrichtungen, von denen die Beeinflussbarkeit abhängig ist, unberücksichtigt. Selbst innerhalb eines Bundeslandes unterscheiden sich die Einrichtungen so sehr, dass Einrichtungsunterschiede in Bezug auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen mittels einer entsprechenden Risikoadjustierung zu berücksichtigen sind (Planer und Brühl 2012).

Die Datenverfügbarkeit des Indikators wird als gegeben bewertet.

Derzeit müssen die Daten noch separat erhoben werden. Mit Einführung des NBA ist jedoch davon auszugehen, dass die Daten bei den Leistungserbringern routinemäßig erfasst werden.

Der Erhebungsaufwand des Indikators wird positiv bewertet.

Wie beim Indikator für Mobilitätserhalt oder -verbesserung ist auch hier davon auszugehen, dass die Erfassung der notwendigen Daten im Rahmen des NBA-Moduls in einem Regelbetrieb ohne größeren Aufwand erfolgen kann.

5 Selbstständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beurteilung des Qualitätsindikators „Selbstständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.“

Gütekriterien zur Relevanz ³	1	2	3	4	0
Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem	x	3			
Nutzen	x	3			
Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen	2	2			

Die Bedeutung des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Der zweite Indikator zur Selbstständigkeit steht „in engem Zusammenhang mit dem Ziel, Selbstständigkeit in zentralen Lebensbereichen außerhalb der regelmäßig notwendigen Alltagsverrichtungen unter Einschluss von sozialen Bereichen zu erhalten“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 97). Da viele Heimbewohner_innen diesbezüglich einen hohen Unterstützungsbedarf aufweisen, sind für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung „die Bereiche Tagesgestaltung, Beschäftigung und Kontaktpflege von hoher Bedeutung. Ziel der Pflege sollte es sein, die Ressourcen der Bewohner in diesem Bereich zu erhalten und zu fördern“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 98). Anders als bei einer Unselbstständigkeit bei der Durchführung von Alltagsverrichtungen, führt die Unselbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte nicht zwangsläufig zu einer gewünschten und notwendigen oder möglichen Kompensation dieser Verrichtungen durch Pflegepersonen. Anzunehmen ist, dass motorische und/oder kognitive Funktionsstörungen, aber auch soziale Gewohnheiten, eine Unselbstständigkeit begründen können. Problematisch ist, dass der Qualitätsindikator nicht alleine von einer linearen Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen beeinflussbar ist, sondern wesentlich auch vom systemischen Verhalten des sozialen internen als auch externen Umfeldes der Bewohnerschaft. Wingenfeld et al. (2011b) weisen in Ihrem Bericht darauf hin, dass es bisher kein Indikatoren-Set gibt, das diesen Indikator berücksichtigt (Wingenfeld et al. 2011b, S. 100).

Der Nutzen des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Der Nutzen des Indikators konnte bislang nicht nachgewiesen werden, da dieser bisher nicht zur Qualitätsbeurteilung eingesetzt worden ist (Wingenfeld et al. 2011b, S. 99). Dennoch werden laut Wingenfeld et al. (2011b) die Themen „Gestaltung des Alltagslebens“ und „die sozialen Kontakte“ in Bewohner_innenbefragungen häufig zur Erfassung des Wohlbefindens und der Lebensqualität thematisiert (Wingenfeld et al. 2011b, S. 99). Zudem zeigen die Ergebnisse aus der Erprobung, dass der Anteil der Bewohner_innen mit Erhalt und Verbesserung der Selbstständigkeit im Durchschnitt bei 65,6 % liegt.

Die Anwendung des Indikators wird das vorhandene Bewusstsein in den Pflegeeinrichtungen zum Thema Selbstständigkeit stärken bzw. fördern. Dass die Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte eine hohe Relevanz für die Lebensqualität hat, liegt nahe. Die Gestaltung des Alltagslebens und insbesondere die Gestaltung der sozialen Kontakte sind extrem von den

³ 1 = trifft nicht zu; 2 = trifft eher nicht zu; 3 = trifft eher zu; 4 = trifft zu; 0 = Enthaltung

Gewohnheiten, dem sozialen Umfeld, bisherigen biografischen Erfahrungen und individuellen Wünschen und Bedürfnissen abhängig, sodass eine definitorische Verallgemeinerung als Qualitätsindikator kaum möglich scheint.

Die Berücksichtigung von potenziellen Risiken des Indikators werden als nicht ausreichend bewertet.

Im Bericht von Wingenfeld et al. (2011b) werden mögliche Risiken des Indikators nicht thematisiert. Dennoch ist mit zwei konträren Entwicklungen zu rechnen. Einerseits fehlt der Indikatoranreiz Bewohner_innen zu aktivieren, die völlig unselbstständig sind. Sollten dennoch Erfolge zu verzeichnen sein, ist mit einer zurückhaltenden Dokumentation der Verbesserungen zu rechnen, wenn rückläufige Entwicklungen wahrscheinlich sind. Andererseits besteht das Risiko, dass dieser Indikator die Pflegenden zu aktivierender Pflege – auch gegen den Willen des Pflegebedürftigen – „motiviert“.

Gütekriterien zur Wissenschaftlichkeit	1	2	3	4	0
Indikatorevidenz	x	3			
Klarheit der Definitionen	x	3			
Reliabilität	4				
Statistische Unterscheidungsfähigkeit	4				
Risikoadjustierung	4				
Sensitivität	4				
Spezifität	4				
Validität	4				

Die Indikatorevidenz wird als nicht belegt bewertet.

Aufgrund der angeführten Quellen (Wingenfeld et al. 2011b, S. 97) ist es nicht nachvollziehbar, warum dieser Qualitätsindikator gewählt wurde, da der Indikator nicht die aktuelle Debatte widerspiegelt.

Die Klarheit der Definitionen des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Selbstständigkeit wird auch bei diesem Indikator nicht definiert, jedoch was unter Gestaltung des Alltagslebens zu verstehen ist. „Der Bereich Gestaltung des Alltagslebens umfasst die Fähigkeit eines Bewohners, den Tagesablauf bewusst und nach den individuellen Gewohnheiten zu gestalten, einen Tag-Nacht-Rhythmus einzuhalten, die tägliche Routine und andere Aktivitäten zur Beschäftigung zu planen sowie in die Zukunft gerichtete Planungen vorzunehmen. Die Selbständigkeit im Bereich der Gestaltung der sozialen Kontakte beinhaltet neben dem direkten Kontakt zu Angehörigen, Pflegepersonal oder Besuchern auch die Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 97). Der Indikator wird ebenso wie die bisherigen Indikatoren über ein NBA-Modul definiert. Relevant ist Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“. Mit sechs Items wird versucht, die Komplexität genau genommen zweier Konstrukte abzubilden. Eine Erklärung, in welcher Beziehung die Gestaltung des Alltagslebens mit der Gestaltung sozialer Kontakte steht, wird nicht geliefert.

Die Berechnung des Indikators ist nur bedingt geregelt.

„Der Indikator beschreibt den Anteil der Bewohner, bei denen die Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte innerhalb von sechs Monaten erhalten oder sogar verbessert werden konnte. Bei Bewohnern, die bereits den höchsten Grad der Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit erreicht haben und sich somit nicht mehr verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung positiv gewertet“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 97). Für die eigentliche Berechnung werden nicht die Zwischenschritte dargestellt. Es fehlt die Berechnung der Modulbewertung anhand der einzelnen (insgesamt 6) Items des NBA-Moduls. Nicht beschrieben wird, ob/warum sich die Veränderung auf den Gesamtscore des sechsten NBA-Moduls oder auf die Bewertung einzelner Items bezieht. Aus der Berechnung des Indikators werden Bewohner_innen mit spezifischen Merkmalen ausgeschlossen. Hierzu zählen komatöse bzw. somnolente Bewohner_innen und Bewohner_innen, die während des Erfassungszeitraumes ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben (Wingenfeld et al. 2011b, S. 78). Es fehlt eine Erläuterung, was unter einem gravierenden Krankheitsereignis verstanden wird. Im Text finden sich nur exemplarische Ausführungen, die in der Datenerhebung einen Interpretationsspielraum lassen. So wird beispielsweise die „akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung“ und insbesondere das Verständnis von „akut“ nicht definiert. Wie mit psychiatrischen „Ereignissen“, wie z. B. Depressionen, umzugehen ist, bleibt völlig unberücksichtigt. Auch die Pflegebedürftigen, die sich – entsprechend ihres eigenen Willens – explizit gegen Maßnahmen zum Selbstständigkeitserhalt oder deren Verbesserung ausgesprochen haben, müssen eine Berücksichtigung finden.

Die **Messmethode** bezieht sich auf den Grad der Selbständigkeit, welche mit Hilfe des Moduls 6 „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ aus dem Neuen Begutachtungsassessment eingeschätzt wird. Der Grad der Selbständigkeit wird dabei für folgende Aktivitäten erfasst: Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen, Ruhen und Schlafen, sich beschäftigen, in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes (Wingenfeld et al. 2011a; (Wingenfeld et al. 2011b, S. 99).

Gütekriterien zur Praktikabilität	1	2	3	4	0
Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung	x	3			
Datenverfügbarkeit			2	2	
Erhebungsaufwand			2	2	
Implementationsbarrieren berücksichtigt		4			

Die Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Wingenfeld et al. (2011b) verweisen hinsichtlich der pflegerischen Möglichkeiten auf so genannte Referenzkonzepte zur Qualitätsverbesserung in der stationären Pflege (siehe Korte-Pötters 2007). Hier wurden Unterstützungsleistungen bei sozialen Kontakten und sozialer Teilhabe durch Pflegenden definiert. Dazu gehören die Unterstützung bei der Pflege sozialer Kontakte zu Angehörigen als auch ehemaligen Nachbarn, das Ermöglichen von Telefonaten, gemeinsames Verfassen von Briefen und auch die Unterstützung bei der Aufnahme und Pflege sozialer Kontakte innerhalb der Einrichtung (Wingenfeld et al. 2011b, S. 98–99). Es wird aber auch darauf verwiesen, dass keine Studien existieren, die den Einfluss der Einrichtung auf diesen Indikator belegen könnten: „Aufgrund einer sehr geringen Studienlage können jedoch

keine Aussagen dazu getroffen werden, wie stark der Einfluss der Pflege auf die Selbständigkeit der Bewohner in diesem Bereich ist“ (Wingenfeld et al. 2011b, Berichtsversion 31. Januar, S. 100). Dieses Problem wurde von den Autoren erkannt und in einer späteren Publikation deutlich abgeschwächt dargestellt. Der letzte Satz dieses Abschnitts von Zeile 20-28 wurde verändert in: „Da die hierzu erforderlichen Maßnahmen jedoch meist auf die Förderung bestimmter funktioneller Fähigkeiten gerichtet sind oder den Charakter einer ressourcenfördernden Beratung haben, lässt sich dies nur indirekt aus Studien zu den betreffenden Teilaspekten ableiten“ (Wingenfeld et al. 2011, Berichtsversion März, S. 99).

Die Datenverfügbarkeit des Indikators wird als gegeben bewertet.

Derzeit müssen die Daten noch separat erhoben werden. Mit Einführung des NBA ist jedoch davon auszugehen, dass die Daten bei den Leistungserbringern routinemäßig erfasst werden.

Der Erhebungsaufwand des Indikators wird positiv bewertet.

Es ist davon auszugehen, dass die Erfassung der notwendigen Daten im Rahmen des NBA-Moduls in einem Regelbetrieb ohne größeren Aufwand erfolgen kann. Es zeigte sich, dass das Instrument ohne nennenswerte Probleme implementiert werden konnte und der Aufwand der Durchführung der Datenerhebungen im Routinebetrieb gering und unproblematisch wäre (Wingenfeld et al. 2011b, S. 82).

6 Dekubitusentstehung

Beurteilung des Qualitätsindikators Dekubitusentstehung ohne Differenzierung nach Bewohner_innen mit oder ohne Dekubitusrisiko.

Gütekriterien zur Relevanz ⁴	1	2	3	4	0
Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem			x	3	
Nutzen			x	3	
Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen			x	x	2

Die Bedeutung des Indikators wird als gegeben bewertet.

Der Dekubitus wird im Bericht als ein „schwerwiegendes, den weiteren Verlauf von Pflegebedürftigkeit und Pflege prägendes Gesundheitsproblem“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 109) beschrieben. Dekubitalulcera haben Schmerzen, Beschränkungen der Selbständigkeit und/oder die Notwendigkeit medizinischer Behandlungen und somit Einschränkung in der Lebensqualität zur Folge (DNQP 2010b). Bedingt durch die weitreichenden Auswirkungen sind weitere Folgerisiken für die Gesundheit und körperliche Unversehrtheit des Pflegebedürftigen damit verbunden. Ihre Behandlung ist zeit- und kostenaufwändig. Die Entwicklung eines Dekubitus wird als Pflegefehler angesehen und kann für die Pflegenden haftungsrechtliche Konsequenzen mit sich bringen. Die Vermeidung eines Dekubitus hat somit hohe Priorität. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass der Erfolg der Vermeidung von der Selbstbestimmung der Betroffenen beeinflusst wird.

⁴ 1 = trifft nicht zu; 2 = trifft eher nicht zu; 3 = trifft eher zu; 4 = trifft zu; 0 = Enthaltung

Der Nutzen des Indikators wird als gegeben bewertet.

Die Vermeidung eines Dekubitus hat bereits heute eine hohe Relevanz für die Pflegeeinrichtungen. Einerseits ist durch die Haftungsrelevanz das Bewusstsein zur Vermeidung von Dekubitus bereits stark ausgeprägt. Andererseits reduziert die Vermeidung von Dekubitalulcera entsprechende Einschränkungen der Pflegebedürftigen, die durch Schmerzen bedingt sein können, lagerungsbedingte Mobilitätseinschränkungen sowie das Risiko weiterer Folgeschäden. Dennoch müssen einige Einrichtungen an ihren Strukturen und Prozessen arbeiten, um vermeidbare Fälle tatsächlich zu vermeiden. Hierzu scheint der Indikator geeignet.

Die Berücksichtigung von potenziellen Risiken des Indikators werden als ausreichend bewertet.

Die Erfassung von Dekubitalulcera erfolgt erst, wenn der Schädigungsgrad 2 erreicht wurde. Dies könnte zur Folge haben, dass zur Vermeidung von schlechten Kennzahlen die Erfassung eines Dekubitus 2. Grades sehr weit hinausgezögert wird. Da die Pflegebedürftigen, die prophylaktischen Maßnahmen zur Verhinderung eines Dekubitus ablehnen, ausgeschlossen werden, ist das potentielle Risiko der Behandlung von Pflegebedürftigen gegen deren Willen berücksichtigt. Zu überlegen ist, ob die Ablehnung prophylaktischer- und Behandlungsmaßnahmen als Risikofaktor in die Risikoadjustierung aufgenommen werden kann, um generelle Ausschlüsse von Bewohner_innen zu vermeiden.

Gütekriterien zur Wissenschaftlichkeit	1	2	3	4	0
Indikatorevidenz			x	2	x
Klarheit der Definitionen			3	x	
Reliabilität			1	3	
Statistische Unterscheidungsfähigkeit	4				
Risikoadjustierung	4				
Sensitivität	4				
Spezifität	4				
Validität	4				

Die Indikatorevidenz wird als belegt bewertet.

Mit Blick auf den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe wird im Bericht auf eine gute Studienlage hingewiesen. Die Studien erreichen jedoch zum einen nicht den höchsten Evidenzgrad, zum anderen gibt es keine Aussagen bezüglich der Wirkungsweise eines Indikators zur Dekubitusentstehung. Es gibt lediglich den Hinweis darauf, dass das Auftreten von Dekubitalulcera international in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung als Qualitätsindikator für Versorgungsqualität eingesetzt wird (Wingefeld et al. 2011b, S. 111).

Die Klarheit der Definitionen des Indikators wird als gegeben bewertet.

Die Definition bezieht sich auf das recht eindeutig beschriebene Schema der Kategorisierung eines Dekubitus von Stufe 1-4, das in der Praxis üblicherweise Verwendung findet.

Die Berechnung des Indikators ist eindeutig dargestellt.

Es wird der Anteil der Bewohner_innen erfasst, der in einem Zeitraum von sechs Monaten in der Pflegeeinrichtung ein Dekubitalgeschwür 2. bis 4. Grades entwickelt hat. Hierbei werden die Bewertungen nach zwei Bewohner_innengruppen unterschieden:

- Bewohner_innen mit niedrigem Dekubitusrisiko. Dies sind Personen, die in der Lage sind, einen Positionswechsel im Bett überwiegend oder komplett selbständig durchzuführen.
- Bewohner_innen mit hohem Dekubitusrisiko. Die sind Personen, die nicht in der Lage sind, einen Positionswechsel im Bett überwiegend oder komplett selbständig durchzuführen. (Wingenfeld et al. 2011b, S. 108–109)

Zusätzlich zur Stratifizierung werden Personen für die Berechnung ausgeschlossen, die die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen in Form von Mobilisierung oder Lagerung ablehnen und bei denen dies dokumentiert ist (Wingenfeld et al. 2011b, S. 109). An dieser Stelle wird der Hinweis gegeben, dass nicht immer klar ist, „aus welchen Äußerungen die Einrichtungen die ausdrückliche Ablehnung prophylaktischer Maßnahmen ableiten“ und geschlussfolgert, dass ein Ausschluss dieser Personengruppe zu überdenken ist (Wingenfeld et al. 2011b, S. 109).

Die **Messmethode**

Die Datenerhebung erfolgt aus der vorhandenen Dokumentation heraus (Wingenfeld et al. 2011b, S. 111). Es bleibt jedoch offen, wie sichergestellt werden kann, dass fehlende oder fehlerhafte Dokumentationen nicht zur positiven Verzerrung der Indikatorergebnisse führen. Weiterhin muss hinterfragt werden, ob tatsächlich jede Einrichtung inzwischen den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe des DNQP implementiert hat und somit auch einheitlich die Schweregraden 1 bis 4 kodiert. Zudem fehlt eine Begründungen bzw. fehlen Belege für die Diskriminationsfähigkeit eines einzelnen NBA-Items zur Stratifizierung der Risikogruppe. Es ist fraglich, ob das Item „Positionswechsel im Bett“ des Moduls Mobilität im NBA als alleiniges Merkmal zur Unterscheidung von Risiken angebracht ist.

Gütekriterien zur Praktikabilität	1	2	3	4	0
Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung			3	x	
Datenverfügbarkeit			x	3	
Erhebungsaufwand				4	
Implementationsbarrieren berücksichtigt		4			

Die Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung des Indikators wird als gegeben bewertet.

Es liegen einschlägige Leitlinien und Standards vor, die belegen, dass durch systematische Einschätzungen und prophylaktische Maßnahmen die Dekubitusäufigkeit gesenkt werden kann (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel 2009, 2009; DNQP 2010a). Die Vermeidung eines Dekubitus lässt sich somit durch die Art der pflegerischen Versorgung beeinflussen, unterliegt jedoch nicht den ausschließlichen Einflüssen durch die Pflege (siehe Expertenstandard, DNQP 2010b).

Die Datenverfügbarkeit des Indikators wird als gegeben bewertet.

Derzeit müssen die Daten separat erhoben werden. Die Dokumentationslage (EDV oder handschriftlich) sollte jedoch eine unkomplizierte, rasche Erfassung ermöglichen.

Der Erhebungsaufwand des Indikators wird positiv bewertet.

Aufgrund des existierenden Expertenstandards stehen bereits heute die erforderlichen Daten in den Einrichtungen zur Verfügung. Laut Wingefeld et al. (2011b) ist die Erfassung der notwendigen Daten anhand der Pflegedokumentation problemlos möglich (Wingefeld et al. 2011b, S. 116).

7 Stürze mit gravierenden Folgen

Beurteilung des Qualitätsindikators Stürze mit gravierenden Folgen ohne Differenzierung nach Bewohner_innen mit oder ohne kognitive Einbußen.

Gütekriterien zur Relevanz⁵	1	2	3	4	0
Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem				4	
Nutzen				4	
Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen		4			

Die Bedeutung des Indikators wird als gegeben bewertet.

Die Gefahr eines Sturzes ist Studien zur Folge im Alter erhöht und kann mit weitreichenden Folgen einhergehen, die körperliche Unversehrtheit des Pflegebedürftigen erheblich beeinträchtigen oder in Pflegebedürftigkeit münden. Die Behandlung der Folgen kann zeit- und kostenaufwändig sein. Stürze mit gravierenden Folgen werden je nach Umstände als Pflegefehler gesehen und wirken sich erheblich auf die Lebensqualität aus. Die Vermeidung eines Sturzes hat hohe Priorität, der Erfolg der Vermeidung wird jedoch von der Selbstbestimmung der Betroffenen beeinflusst.

Der Nutzen des Indikators wird als gegeben bewertet.

Die Vermeidung von Stürzen reduziert Einschränkungen der Pflegebedürftigen durch Schmerzen, Mobilitätseinschränkungen aufgrund möglicher Folgen und das Risiko weiterer Folgeschäden. Bedingt durch die Haftungsrelevanz ist das Bewusstsein zur Vermeidung von Stürzen mit gravierenden Folgen bereits stark ausgeprägt. Dennoch müssen einige Einrichtungen an ihren Strukturen und Prozessen arbeiten, um vermeidbare Fälle tatsächlich zu vermeiden.

Die Berücksichtigung von potenziellen Risiken des Indikators werden als nicht ausreichend bewertet.

Einen ersten Hinweis drauf, dass nicht alle potenziellen Risiken des Indikators berücksichtigt worden sind, findet sich im Projektbericht: „Bei der Erfassung von Sturzereignissen, aus denen keine offensichtlichen Verletzungen resultieren, ist mit einer Dunkelziffer nicht beobachteter bzw. dokumentierter Stürze zu rechnen (Gostynski et al. 1999; Pierobon und Funk 2007 in Wingefeld et al. 2011b, S. 120). Hiermit geht die Überlegung konform, dass in den Einrichtungen die Bewertung „gravierend“ zu Gunsten der Qualitätsergebnisse sehr großzügig ausgelegt wird. Andererseits könnte der Indikator zweierlei Fehlanreize auslösen. Stürze mit gravierenden Folgen lassen sich primär dadurch verhindern, dass Stürze erst gar nicht

⁵ 1 = trifft nicht zu; 2 = trifft eher nicht zu; 3 = trifft eher zu; 4 = trifft zu; 0 = Enthaltung

passieren. Im Kontext der Sturzprophylaxe wären Maßnahmen denkbar, die die Bewohner_innen unzulässig in ihrer Bewegungsfreiheit einschränken. Der Indikator „Gurtfixierungen“ wirkt dem zwar einerseits entgegen, die weitreichenden Einschränkungen dieses Indikators lassen jedoch ausreichend Spielraum für nicht vom Indikator erfasste Bewegungseinschränkungen. Der zweite Fehlanreiz bezieht sich auf die Folgen. Aufgrund der Tatsache, dass die Schwere der Folgen eines Sturzes bewertet werden, könnten potentiell mehr Bewohner_innen mit protektiven Maßnahmen wie Hüftprotektoren, Helmen, o. ä. versorgt werden als notwendig.

Gütekriterien zur Wissenschaftlichkeit	1	2	3	4	0
Indikatorevidenz	4				
Klarheit der Definitionen	4				
Reliabilität	4				
Statistische Unterscheidungsfähigkeit	4				
Risikoadjustierung	4				
Sensitivität	4				
Spezifität	4				
Validität	4				

Die Indikatorevidenz wird als nicht belegt bewertet.

Im Abschlussbericht wird darauf verwiesen, dass meist die Sturzhäufigkeit, nicht jedoch die Sturzfolgen als Indikator eingesetzt werden (Wingenfeld et al 2011, S. 119). Zu unterscheiden ist, ob die Wirksamkeit der protektiven Maßnahmen bei als sturzgefährdet eingeschätzten Menschen gemessen wird oder die Güte der Einschätzung des Risikos und der prophylaktischen Maßnahmen, Stürze zu vermeiden. Die Autoren des Berichtes begründen ihre Entscheidung für die Messung der Stürze mit Folgen mit einer möglichen Dunkelziffer an nicht beobachteter oder nicht dokumentierter Stürze, wenn die Folgen nicht offensichtlich sind (Wingenfeld et al 2011, S. 120).

Die Klarheit der Definitionen des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Bei der formalen Definition des Indikators wurde darauf verzichtet, den Sturz als solches zu definieren. Da der Indikator nicht die Anzahl der Stürze misst, sondern die Sturzfolgen, könnte das vernachlässigt werden. Im Rahmen der Datenerhebung werden aber auch die Stürze erfasst, bei denen keine der indikatorrelevanten Sturzfolgen zum Tragen kamen (siehe Wingenfeld et al. 2011b, S. B-5). Der Indikator wird durch fünf inhaltliche dichotom zu erhebende Faktoren definiert. Eine Erklärung, wie es zu dieser Auswahl kommt, liefert der Bericht nicht.

Die Berechnung des Indikators ist nur bedingt geregelt.

Der Indikator erfasst alle Bewohner_innen, „bei denen es in einem Zeitraum von sechs Monaten in der Pflegeeinrichtung infolge eines Sturzes zu gravierenden körperlichen Auswirkungen gekommen ist. Als gravierend gelten: Frakturen, behandlungsbedürftige Wunden, Schmerzen, die länger als 48 Stunden andauern und ein erhöhter Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen und/oder der Mobilität“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 117). Hierbei sind die Folgen nicht ausreichend operationalisiert:

- Frakturen – werden vom Arzt diagnostiziert, setzt die Einbeziehung eines Arztes voraus
- Behandlungsbedürftige Wunden – wie ist „Behandlungsbedürftigkeit“ definiert (Beispiel Schürfwunden)

- Schmerzen – Wer beurteilt den Schmerz? Ist jede Ausprägung relevant?
- Erhöhter Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen – der „erhöhte“ Bedarf ist nicht näher definiert, so bleibt offen, auf welche Alltagsverrichtungen und welche Aspekte der Mobilität sich die Verschlechterung in welchem Zeitraum bezieht und ob mehrere Alltagsverrichtungen betroffen sein müssen.

Aus der Berechnung werden Bewohner_innen ausgeschlossen, „die in ihrer Mobilität so stark eingeschränkt sind, dass sie auch bei einem Positionswechsel im Bett vollständig auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind. Diese Bewohner sind, da sie sich ohne personelle Hilfe nicht fortbewegen können, nicht oder in deutlich geringerem Maß von Stürzen und somit auch von Sturzfolgen bedroht“ (Wingefeld et al. 2011b, S. 117). Für das Ausschlussverfahren wird das Item „Positionswechsel im Bett“ des NBA-Moduls „Mobilität“ genutzt. Die Güte der Diskriminationsfähigkeit dieses Items wird nicht empirisch belegt. Allein aus der Tatsache heraus, dass die betroffenen Bewohner_innen dennoch von Stürzen und somit auch von Sturzfolgen bedroht sind, sollten diese Bewohner_innen nicht ausgeschlossen werden. Stürze, die zwar sehr selten passieren, aber durch falsche Handgriffe der Pflegeperson ausgelöst werden können, sind im Indikator zwingend zu berücksichtigen.

Die Messmethode

Die Datenerfassung bezüglich erfolgter Stürze und deren Folgen soll anhand der bestehenden Dokumentation der Einrichtungen erfolgen. Es bleibt jedoch offen, wie sichergestellt werden kann, dass fehlende oder fehlerhafte Dokumentationen nicht zur positiven Verzerrung der Indikatorergebnisse führen.

Gütekriterien zur Praktikabilität	1	2	3	4	0
Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung	4				
Datenverfügbarkeit	x	3			
Erhebungsaufwand			4		
Implementationsbarrieren berücksichtigt		4			

Die Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Der Indikator bezieht sich explizit auf die Sturzfolgen. Im Bericht von Wingefeld et al. (2011b) zielt die Darstellung der Studienlage im Wesentlichen auf Sturzereignisse ab, da diese Auslöser der Sturzfolgen sind. Dennoch wird auf den Einsatz von Hüftprotektoren eingegangen, welche eingesetzt werden, um hüftgelenksnahe Frakturen zu vermeiden und somit explizit auf die Vermeidung von Sturzfolgen abzielt. Es wird allerdings darauf hingewiesen, dass der Einsatz der Protektoren in der Praxis umstritten ist und anhand der Studienlage nur attestiert werden kann, dass eine Minderung der Sturzfolgen, aber nicht die Verhinderung eines Sturzes selbst, möglich ist (Wingefeld et al. 2011b, S. 119). Der aktualisierte Expertenstandard „Sturzprophylaxe“ belegt, dass der Einfluss auf das Sturzrisiko überwiegend nicht nachweisbar ist und vermutlich von personellen und organisationalen Faktoren abhängig zu sein scheint (DNQP 2013, 216f). Da der Zusammenhang zwischen Pflegequalität und Sturzfolgen wesentlich durch spezifische Faktoren auf das einzelne Sturzereignis beeinflusst wird, von denen ausgegangen werden kann, dass sie a) in der Person des Stürzenden, b) in ggf. weiteren beteiligten Personen, c) der Umgebung und d) der konkreten Situation liegen, scheint es umso unwahrscheinlicher, dass

hierauf Einfluss genommen werden kann. Nicht auf alle diese Komponenten hat eine Einrichtung gleichermaßen Einfluss, sodass von einer geringen Validität ausgegangen wird.

Die Datenverfügbarkeit des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Alle Einrichtungen müssen sich auf eine separate Datenerhebung einstellen, solange die EDV noch nicht dahingehend umgestellt ist, die relevanten Daten zur Bewertung der Qualitätsindikatoren automatisiert zur Verfügung zu stellen. Der Expertenstandard thematisiert die Problematik der Sturzerfassung und der Sturzprotokolle. Für die Berechnung des Qualitätsindikators werden jedoch weitere Formulare notwendig sein. Zudem erscheint es wenig realistisch, dass z. B. Schmerzphänomene über 48 Stunden im Kontext eines Sturzes beobachtet und dokumentiert werden. Somit wird es schwierig, die jeweiligen erforderlichen Daten ereignisbezogen aus dem Dokumentationssystem zu generieren.

Der Erhebungsaufwand des Indikators wird positiv bewertet.

Aufgrund des existierenden Expertenstandards stehen bereits heute die erforderlichen Daten in den Einrichtungen zur Verfügung. Laut Wingenfeld et al. (2011b) ist die Erfassung der notwendigen Daten anhand der Pflegedokumentation problemlos möglich (Wingenfeld et al. 2011b, S. 124).

8 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust

Beurteilung des Qualitätsindikators „Unbeabsichtigter Gewichtsverlust“ ohne Differenzierung nach Bewohner_innen mit oder ohne kognitive Einbußen.

Gütekriterien zur Relevanz ⁶	1	2	3	4	0
Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem			3	x	
Nutzen	1	3			
Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen	4				

Die Bedeutung des Indikators wird als gegeben bewertet.

„Essen und Trinken beeinflussen die Lebensqualität, sind wichtige Bestandteile sozialer und kultureller Identität und dienen der Gesunderhaltung durch die Nährstoffaufnahme“ (DNQP 2010c, S. 14). Folgen aus Mangelernährungszuständen, die mit ungewollten Gewichtsverlusten einhergehen können, sind im Alter schwer reversibel und mit Behandlungskosten verbunden. Dennoch gilt es zu bedenken, dass ein natürlicher Alterungsprozess mit Gewichtsabnahme einhergehen kann. Da sich ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust erheblich auf die Lebensqualität auswirken kann, hat die Vermeidung eines unbeabsichtigten Gewichtsverlustes eine hohe Priorität in den Pflegeeinrichtungen.

Der Nutzen des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

„Die Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung kann durch die frühzeitige Erfassung und Bewertung ernährungsrelevanter Gesundheitsprobleme, angemessene Unterstützung und Umgebungsgestaltung, spezifische Maßnahmen sowie ein

⁶ 1 = trifft nicht zu; 2 = trifft eher nicht zu; 3 = trifft eher zu; 4 = trifft zu; 0 = Enthaltung

geeignetes Nahrungsangebot eine Mangelernährung verhindern und bestehenden Defiziten entgegenwirken“ (DNQP 2010c, S. 14). Bedingt durch die Haftungsrelevanz ist das Bewusstsein zur Vermeidung von unbeabsichtigten Gewichtsverlusten bereits stark ausgeprägt. Dennoch müssen einige Einrichtungen an ihren Strukturen und Prozessen arbeiten, um vermeidbare Fälle tatsächlich zu vermeiden.

Die Berücksichtigung von potenziellen Risiken des Indikators wird als nicht ausreichend bewertet.

Mit der überwiegenden Zufuhr von Kalorien kann ein möglicher Zustand der Mangelernährung nicht kompensiert werden, dessen Folgen für den Menschen allerdings gravierender sein können als der alleinige Gewichtsverlust. Durch diesen Qualitätsindikator kann der Fehlanreiz geschaffen werden, Bewohner_innen einseitig mit Kalorien zu versorgen, ohne auf eine angemessene elektrolythaltige und vitaminreiche Ernährung zu achten. Somit entsteht möglicherweise eher ein belastendes Körpergewicht, als dass diese Strategie der Gesundheit des Pflegebedürftigen dienlich sein muss. Zudem könnte die Gruppe der vom Indikator ausgeschlossenen Personen großzügig ausgelegt werden.

Gütekriterien zur Wissenschaftlichkeit	1	2	3	4	0
Indikatorevidenz		4			
Klarheit der Definitionen	1	3			
Reliabilität	4				
Statistische Unterscheidungsfähigkeit	4				
Risikoadjustierung	4				
Sensitivität	4				
Spezifität	4				
Validität	4				

Die Indikatorevidenz wird als nicht belegt bewertet.

Sämtliche Forschungsergebnisse, die im Abschlussbericht von Wingefeld et al. (2011b) dargestellt und zitiert werden, stehen im Kontext der Mangelernährung. Mangelernährung kann jedoch nicht als Synonym für ungewollten Gewichtsverlust eingesetzt werden. Ein ungewollter Gewichtsverlust wird im Expertenstandard Ernährungsmanagement als Anzeichen für Mangelernährung geführt (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 35). Studien, die den Zusammenhang zwischen Gewichtsverlust und Mangelernährung untersucht haben, werden nicht zitiert.

Die Klarheit der Definitionen des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Die Definition des Körpergewichts ist eindeutig.

Die Berechnung des Indikators ist nicht eindeutig geregelt.

Die Definition zielt auf einen ungewollten Gewichtsverlust ab. Dieser liegt vor, wenn 10 % des Körpergewichts innerhalb von 6 Monaten verloren gegangen sind. Eine Begründung für die Wahl der 10 % wird nicht gegeben. Neben dem Gewicht wird im Erhebungsinstrumentarium auch die Körpergröße ermittelt, aber nicht ausgewertet. Ausgeschlossen werden die Bewohner_innen, bei denen medizinische Gründe (Krebserkrankungen, Amputationen oder medikamentöse Ausschwemmung) den Gewichtsverlust erklären können. Die Benennung der medizinischen Gründe ist jedoch nicht abschließend. Zudem ist nicht hinterlegt, wie mit Bewohner_innen umgegangen werden soll, die bewusst abnehmen und das verlorene Gewicht

als Erfolg ansehen. Zudem ist nicht klar, ob Bewohner_innen mit Amputationen grundsätzlich ausgeschlossen werden oder nur, wenn die Amputation im Betrachtungszeitraum stattgefunden hat.

Bei der Berechnung des Indikators werden zwei Bewohner_innengruppen unterschieden:

- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohner_innen, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen,
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohner_innen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweisen.

Die Zuordnung des jeweiligen Bewohner_innens wird über das NBA-Modul „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ ermittelt (Wingefeld et al. 2011b, S. 125).

Messmethode

Die Erfassung des Gewichts erfolgt aus der bestehenden Pflegedokumentation heraus und ist sehr einfach zu handhaben.

Gütekriterien zur Praktikabilität	1	2	3	4	0
Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung			2	2	
Datenverfügbarkeit			x	3	
Erhebungsaufwand				4	
Implementationsbarrieren berücksichtigt		4			

Die Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung des Indikators wird als gegeben bewertet.

Aufgrund der Ausschlusskriterien wird der Qualitätsindikatoren nur bei den Pflegebedürftigen angewendet, bei denen eine Beeinflussung des Indikators möglich scheint. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Vermeidung von ungewolltem Gewichtsverlust nicht den ausschließlichen Einflüssen durch die Pflege unterliegt (siehe Expertenstandard, DNQP 2010c).

Die Datenverfügbarkeit des Indikators wird als gegeben bewertet.

Aufgrund der Einführung des Expertenstandards 2010 ist davon auszugehen, dass in allen Einrichtungen Daten vorliegen. Derzeit müssen die Daten separat erhoben werden. Die Dokumentationslage (EDV oder handschriftlich) sollte jedoch eine unkomplizierte, rasche Erfassung ermöglichen.

Der Erhebungsaufwand des Indikators wird positiv bewertet.

Es ist nicht davon auszugehen, dass es eine weniger aufwändige Datenerhebungsmethode gibt. Alle Einrichtungen müssen sich auf eine separate Datenerhebung einstellen, solange die EDV noch nicht dahingehend umgestellt ist, die relevanten Daten zur Bewertung der Qualitätsindikatoren automatisiert zur Verfügung zu stellen.

9 Integrationsgespräch nach dem Heimeinzug

Beurteilung des Qualitätsindikators „Integrationsgespräch nach dem Heimeinzug“.

Gütekriterien zur Relevanz ⁷	1	2	3	4	0
Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem		3			x
Nutzen			3		x
Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen			4		

Die Bedeutung des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Die Unterstützung von neuen Bewohner_innen bei der Bewältigung der Übergangssituation ist wichtig. Wingenfeld et al. benennen hierbei als Ziele die „Integration in das neue soziale Umfeld, [... die] Reduzierung psychischer Belastungen sowie [... die] Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung von Beginn des Heimaufenthaltes an (Korte-Pötters et al. 2007 in Wingenfeld et al. 2011b, S. 133). Eine Maßnahme stellt u. a. die Durchführung von Integrationsgesprächen nach dem Heimeinzug dar. Nach Wingenfeld et al. dienen sie dazu, „den Stand des Einlebens gemeinsam zu reflektieren und zu überprüfen, ob die individuelle Unterstützung für den Bewohner angepasst werden muss“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 133). Der Indikator bezieht sich somit nur auf einen Ausschnitt der Unterstützung bei der Bewältigung der Übergangssituation. Auch wenn eine systematische Überprüfung des Prozesses des Einlebens notwendig ist, stellt dieser Indikator einen Prozessindikator dar. Ob das Ziel „Integration in das neue soziale Umfeld“ und auch die anderen benannten Ziele/Ergebnisse erreicht werden konnten, lässt der Indikator offen. Ein Heimeinzug stellt eine starke Zäsur und häufig auch Krise im Leben eines Menschen und seiner Familie dar. Direkte Auswirkungen einer solchen Krise auf das übrige Versorgungssystem sind nicht zu erkennen und bislang entsprechende Untersuchungen nicht bekannt.

Der Nutzen des Indikators wird als gegeben bewertet.

Für die Bewohnerschaft wäre ein Ergebnisindikator von hohem Nutzen. Also ein Indikator der überprüft, ob die Ziele der Integration erreicht worden sind. Auch der Prozessindikator kann von hohem Nutzen sein, wenn dieser nicht als alleiniger Indikator erhoben wird. Die reine Fokussierung auf das geführte Gespräch verhilft der Praxis nicht zu einer Verbesserung.

Die Berücksichtigung von potenziellen Risiken des Indikators wird als nicht ausreichend bewertet.

Bei der Durchführung eines Integrationsgesprächs ist von keinen potentiellen Risiken oder Nebenwirkungen auszugehen. Allerdings muss eine gewisse Einschränkung attestiert werden, da die verpflichtende Durchführung eines Integrationsgesprächs dazu führen kann, dass diese routiniert vorgenommen werden, nur um diesen Punkt bestätigten zu können. Die Bewohner_innen bleiben sodann in der individuellen Betrachtung völlig außen vor. Selbst bei einem Prozessindikator sollten die Bewohner_innen bewerten, ob das Gespräch für die Integration förderlich war oder nicht. Zudem besteht die Möglichkeit, dass in den Einrichtungen Gespräche im Zeitraum der Eingewöhnung voreilig als Integrationsgespräche angesehen und entsprechend als durchgeführt bewertet werden.

⁷ 1 = trifft nicht zu; 2 = trifft eher nicht zu; 3 = trifft eher zu; 4 = trifft zu; 0 = Enthaltung

Gütekriterien zur Wissenschaftlichkeit	1	2	3	4	0
Indikatorevidenz	4				
Klarheit der Definitionen	2	2			
Reliabilität	4				
Statistische Unterscheidungsfähigkeit	4				
Risikoadjustierung					4
Sensitivität	3				x
Spezifität	3				x
Validität	4				

Die Indikatorevidenz wird als nicht belegt bewertet.

Die im Bericht benannten Studien lassen keine Beurteilung darüber zu, ob der Einsatz des Indikators einen signifikanten Einfluss auf die Versorgung nehmen kann.

Die Klarheit der Definitionen des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Die Definition in Bezug auf ein durchgeführtes Gespräch ist eindeutig. Das „Integrationsgespräch“ ist definiert als ein Gespräch, „welches geplant und ausdrücklich zu dem Zweck geführt wurde, das Einleben des Bewohners in der Einrichtung gemeinsam mit ihm und/oder einer Bezugsperson zu besprechen“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 134).

Der Indikator ist aufgrund seiner Erhebung eher als Strukturqualitätsmerkmal denn als Prozess- oder gar Ergebnisqualitätsmerkmal zu bezeichnen. Das gesetzte Ziel, welches mit dem Indikator in Verbindung steht, wird formuliert als: „Integration in das neue Umfeld, Reduzierung psychischer Belastungen sowie Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung von Beginn des Heimaufenthaltes an“ (Wingenfeld et al 2011, S.133), lässt eine klare Abgrenzung von Pflegeplanungsgesprächen nicht zu. Sollte hier ein und dasselbe gemeint sein, wird nur ein Gespräch in sechs Monaten zu wenig sein.

Die Berechnung des Indikators ist in der Formel klar und eindeutig geregelt.

„Der Indikator gibt den Anteil der Bewohner an, bei denen innerhalb von sechs Wochen nach dem Heimeinzug ein Integrationsgespräch durchgeführt und ausgewertet wurde“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 134). Stellvertretend könnten die Gespräche mit Angehörigen/gesetzlichen Vertretern geführt werden.

Die **Messmethode** ist eindeutig. Die Angaben zum Integrationsgespräch werden auf der Grundlage der bestehenden Dokumentation in den Einrichtungen erfasst und beinhalten, ob und wann ein Integrationsgespräch innerhalb der vergangenen sechs Monate durchgeführt wurde. Zudem wird erfasst, welche Personen an dem Integrationsgespräch teilgenommen haben und ob das Ergebnis dieses Gespräches dokumentiert wurde (Wingenfeld et al. 2011b, S. 136).

Gütekriterien zur Praktikabilität	1	2	3	4	0
Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung				4	
Datenverfügbarkeit				4	
Erhebungsaufwand				4	
Implementationsbarrieren berücksichtigt		4			

Die Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung des Indikators wird als gegeben bewertet.

Jede Einrichtung kann durch Vorhaltung notwendiger Strukturen und Regelung von Prozessen das Stattfinden eines Gespräches steuern.

Die Datenverfügbarkeit des Indikators wird als gegeben bewertet.

Derzeit müssen die Daten separat erhoben werden. Die Dokumentationslage (EDV oder handschriftlich) sollte jedoch eine unkomplizierte, rasche Erfassung ermöglichen.

Der Erhebungsaufwand des Indikators wird positiv bewertet.

Es ist nicht davon auszugehen, dass es eine weniger aufwändige Datenerhebungsmethode gibt. Alle Einrichtungen müssen sich auf eine separate Datenerhebung einstellen, solange die EDV noch nicht dahingehend umgestellt ist, die relevanten Daten zur Bewertung der Qualitätsindikatoren automatisiert zur Verfügung zu stellen.

10 Einsatz von Gurtfixierungen

Beurteilung des Qualitätsindikators „Gurtfixierungen“.

Gütekriterien zur Relevanz ⁸	1	2	3	4	0
Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem			x	3	
Nutzen			x	3	
Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen		3			x

Die Bedeutung des Indikators wird als gegeben bewertet.

Die Anwendung von Gurtfixierungen kann den pflegebedürftigen Menschen in seiner Menschenwürde bedrohen. Fixierungen stehen der Autonomie und Lebensqualität der Pflegebedürftigen entgegen und erhöhen Risiken, die mit Fixierungen einhergehen. Die Verhinderung von Fixierungen hat daher eine hohe Relevanz für das gesamte Versorgungssystem. Grundsätzlich gilt eine Fixierung als letztes Mittel der Wahl. Zu beachten ist, dass diese Mittel (außer in Notsituationen) nur mit einem richterlichen Beschluss zulässig sind, bzw. im Rahmen einer entsprechenden Antragstellung – andernfalls liegen nicht nur Pflegefehler, sondern Straftaten vor. Personen, die kognitiv in der Lage sind selber Entscheidungen zu treffen, dürfen mit ihrer Zustimmung/Einwilligung fixiert werden. Diese Einwilligung ist zu jedem Zeitpunkt widerrufbar.

Der Nutzen des Indikators wird als gegeben bewertet.

Der Indikator beschränkt sich ausschließlich auf Gurtfixierungen. Er ist für die Betroffenen im Kontext der Gurtfixierungen von hohem Nutzen, jedoch nicht bei der Anwendung anderer, kritisch diskutierter Maßnahmen, wie beispielsweise das Anbringen von Bettgittern oder Tischbrettern. Laut Wingefeld et al. wurde von den übrigen Maßnahmen bewusst Abstand genommen, „da diese Sachverhalte nicht eindeutig zu interpretieren sind“ (Wingefeld et al.

⁸ 1 = trifft nicht zu; 2 = trifft eher nicht zu; 3 = trifft eher zu; 4 = trifft zu; 0 = Enthaltung

2011b, S. 139). Der Indikator scheint geeignet, das Bewusstsein für Fixierungen zu stärken und zu sensibilisieren. Er ist nicht geeignet, das Bewusstsein generell für Fixierungen zu stärken.

Die Berücksichtigung von potenziellen Risiken des Indikators wird als nicht ausreichend bewertet.

Häufig werden Fixierungen mit der möglichen Eigengefährdung (der Sturzgefahr) vermeintlich legalisiert. Um zu verhindern, dass der Indikator „Stürze mit gravierenden Folgen“ mittels Fixierungen positiv beeinflusst, stellt der Indikator „Einsatz von Gurtfixierungen“ einen relevanten Antagonisten dar. Somit können Fehlanreize beim Indikator „Stürze mit gravierenden Folgen“ reduziert werden. Dennoch sind, bedingt durch die Fokussierung auf Gurtfixierungen, Fehlanreize möglich, die dazu führen, dass vorübergehende Fixierungen möglicherweise (aufgrund fehlender Beweismöglichkeit) erst gar nicht dokumentiert werden und dieser Indikator dazu beitragen könnte, dass in den Pflegeeinrichtungen mit dem Thema freiheitseinschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen „sehr kreativ“ umgegangen wird.

Gütekriterien zur Wissenschaftlichkeit	1	2	3	4	0
Indikatorevidenz	3	x			
Klarheit der Definitionen			2	x	0
Reliabilität	4				
Statistische Unterscheidungsfähigkeit	4				
Risikoadjustierung					4
Sensitivität	4				
Spezifität	4				
Validität	4				

Die Indikatorevidenz wird als nicht belegt bewertet.

Die von Wingefeld et al. (2011b) dargestellten Studien zeigen die Prävalenz zum Einsatz von physischen freiheitsbegrenzenden Mitteln (Wingefeld et al. 2011b, S. 140) und somit die Relevanz des Themas, jedoch nicht den Wirkungsnachweis für diesen Indikator.

Die Klarheit der Definitionen des Indikators wird als gegeben bewertet.

Die Definition des Indikators bezieht sich auf Gurtfixierungen und ist verständlich dargestellt.

Die Berechnung des Indikators ist nicht eindeutig geregelt.

Es wird der Anteil der Bewohner_innen erfasst, bei denen im Verlauf der vergangenen vier Wochen eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen durchgeführt wurden: Gurtfixierung im Bereich der Handgelenke, Gurtfixierung im Bereich der Fußgelenke, Gurtfixierung im Beckenbereich (Beckengurt) (Wingefeld et al. 2011b, S. 140). Die Bewertung wird allerdings auf Bewohner_innen mit kognitiven Beeinträchtigungen und/oder psychischen Problemlagen bzw. herausforderndem Verhalten beschränkt (Wingefeld et al. 2011b, S. 140). Eine Beschränkung, die nicht nachvollziehbar ist, ebenso wenig wie der Ausschluss von komatösen Bewohner_innen. Alle Bewohner_innen (ohne eine Ausnahme) sollten erfasst und in die Bewertung einbezogen werden. Zusätzlich sollte festgehalten werden, ob für alle angewendeten Maßnahmen Einwilligungen oder Beschlüsse vorliegen.

Die **Messmethode** ist eindeutig. Zur Erfassung der erforderlichen Daten wird die Bewohner_innendokumentation der Einrichtungen genutzt (Wingefeld et al. 2011b, S. 142). Die

Frage nach einem richterlichen Beschluss wird nicht im Modul selbst, sondern bei den allgemeinen Angaben zu den Bewohner_innen gestellt. Die Differenzierung der Häufigkeit angewandeter Fixierungen scheint nicht zweckmäßig, da jede unzulässige Fixierung eine Straftat darstellt. Weniger Fixierungen sind somit nicht als „besser“ im Vergleich zu häufigen Fixierungen zu werten.

Gütekriterien zur Praktikabilität	1	2	3	4	0
Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung				4	
Datenverfügbarkeit			x	3	
Erhebungsaufwand				4	
Implementationsbarrieren berücksichtigt		4			

Die Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung des Indikators wird als gegeben bewertet.

Der Indikator kann in hohem Maße von den Einrichtungen beeinflusst werden. Es sollte unterschieden werden, ob Gurtfixierungen *ohne* richterlichen Beschluss vorgenommen werden, da es hier offensichtlich versäumt wurde, eine kontrollierende Instanz einzubeziehen. Jede Einrichtung kann durch Vorhaltung notwendiger Strukturen und geregelten Prozessen (Standards) den Umgang mit Fixierungen steuern.

Die Datenverfügbarkeit des Indikators wird als gegeben bewertet.

Derzeit müssen die Daten separat erhoben werden. Die Dokumentationslage (EDV oder handschriftlich) sollte jedoch eine unkomplizierte, rasche Erfassung ermöglichen.

Der Erhebungsaufwand des Indikators wird positiv bewertet.

Es ist nicht davon auszugehen, dass es eine weniger aufwändige Datenerhebungsmethode gibt. Alle Einrichtungen müssen sich auf eine separate Datenerhebung einstellen, solange die EDV noch nicht dahingehend umgestellt ist, die relevanten Daten zur Bewertung der Qualitätsindikatoren automatisiert zur Verfügung zu stellen.

11 Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohner_innen mit kognitiven Einbußen

Beurteilung des Qualitätsindikators „Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohner_innen mit kognitiven Einbußen“.

Gütekriterien zur Relevanz⁹	1	2	3	4	0
Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem		3			x
Nutzen	3	x			
Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen	2	2			

⁹ 1 = trifft nicht zu; 2 = trifft eher nicht zu; 3 = trifft eher zu; 4 = trifft zu; 0 = Enthaltung

Die Bedeutung des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Nach Wingefeld et al. (2011b) ist eine sorgfältige Einschätzung von Verhaltensweisen eine Voraussetzung für wirksame Hilfen, wenn mit der Einschätzung geklärt wird, ob aus den Verhaltensweisen Unterstützungsbedarf erwächst. Ohne Einschätzung und Abklärungsprozess sind nachhaltige Ergebnisse der Unterstützung kaum möglich (Bartholomeyczik et al. 2006; Wingefeld et al. 2011b, S. 146). Der Umgang mit Menschen, die auffällige Verhaltensweisen zeigen, ist somit sowohl für die Betroffenen als auch das Versorgungssystem von hoher Bedeutung. Die Einschätzung dieser Verhaltensweisen ist zwar Voraussetzung, aber nur ein Bestandteil des Umgangs mit diesen Menschen und kann als alleiniges Merkmal keinen Betrag zur qualitativen Pflege leisten. Eine differenzierte Einschätzung ist eine notwendige aber nicht hinreichende Bedingung für Pflege- oder Lebensqualität. Der Einsatz eines Assessments stellt zudem einen Prozess dar, so dass der Indikator zwar eine Prozessendpunkt bewertet, jedoch nicht, ob ein angestrebtes Ergebnis hinsichtlich des Umgangs mit Verhaltensauffälligkeiten erreicht wurde. Neben der Prüfung, ob ein Prozess stattgefunden hat, wird auch das Vorhandensein eines angemessenen Assessments eruiert, was der Strukturqualität zuzuordnen ist.

Der Nutzen des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Mit dem Indikator liegt nur eine Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten und deren Dokumentation vor, nicht, ob und welche Maßnahmen und Interventionen durchgeführt werden. Somit sind der Nutzen und die Bedeutung des Indikators fraglich. Ob die Versorgung durch den Einsatz dieses Indikators verbessert werden kann, muss erst noch aufgezeigt werden.

Die Berücksichtigung von potenziellen Risiken des Indikators wird als nicht ausreichend bewertet.

Mit der Vorgabe eines (nicht validierten) standardisierten Assessments werden ggf. Dimensionen ausgeblendet und die Verhaltensweisen spezieller Patientengruppen nicht erfasst. Zu einer validen – Pflegeprozess begründeten Einschätzung – gehört mehr als die standardisierte Erfassung von Verhaltensweisen. Zukünftig würde es nach den Erhebungskriterien ausreichen, ein Instrument vorzuhalten, welches lediglich die sechs benannten Items mit einer entsprechenden Ausprägungsskala enthält. Ebenso könnte der Indikator missverstanden werden und Anlass geben, entgegen den Rahmenempfehlungen zum Umgang mit gerontopsychiatrisch veränderten Menschen, „Erziehungsmaßnahmen“ umzusetzen.

Gütekriterien zur Wissenschaftlichkeit	1	2	3	4	0
Indikatorevidenz	4				
Klarheit der Definitionen	4				
Reliabilität	4				
Statistische Unterscheidungsfähigkeit	4				
Risikoadjustierung	4				
Sensitivität	4				
Spezifität	4				
Validität	4				

Die Indikatorevidenz wird als nicht belegt bewertet.

Es werden keine empirischen Ergebnisse angeführt, die belegen, dass die Einschätzung der Verhaltensweisen zu einem anderen Umgang der Pflegenden mit den Betroffenen führt. Die Studien die zitiert werden, beziehen sich auf den Umgang mit Menschen, die herausforderndes Verhalten zeigen (siehe Wingefeld et al. 2011b, S. 147).

Die Klarheit der Definitionen des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Es wird zwar kein Assessment vorgegeben, aber die Kriterien zur Bewertung sind eindeutig.

Die Berechnung des Indikators ist in der Formel klar und eindeutig geregelt.

Der Indikator misst „den Anteil der Bewohner mit kognitiven Einbußen, bei denen eine ausreichend differenzierte Einschätzung der Verhaltensweisen vorliegt, die nicht älter als ein halbes Jahr ist. Als ausreichend differenziert wird eine Einschätzung mit einem Instrument definiert, das neben der Beurteilung der Häufigkeit des Auftretens eines Verhaltens auch die Beurteilung enthält, ob daraus ein pflegerischer Unterstützungsbedarf resultiert“ (Wingefeld et al. 2011b, S. 146). Es werden nur die Bewohner_innen berücksichtigt, die laut Einschätzung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten mit dem Neuen Begutachtungsassessment mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweisen (Wingefeld et al. 2011b, S. 146). Der Indikator wird somit über die beiden NBA-Module „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ definiert. Relevant ist Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“. Hieraus resultiert das Phänomen, dass bei einer grundsätzlichen Einführung des NBA der Indikatorwert immer „1“ ergeben wird, da für alle kognitiv eingeschränkten Personen ebenfalls Modul 3 eingeschätzt werden wird. Das Modul 3 erfüllt alle im Indikator gestellten Kriterien, wodurch zwischen den Einrichtungen keine Unterschiede existieren werden.

Die **Messmethode** ist eindeutig. Die Frage, ob für Bewohner_innen mit kognitiven Einbußen eine aktuelle und ausreichend differenzierte Einschätzung der Verhaltensweisen vorliegt, wird auf Grundlage der bestehenden Dokumentation in den Einrichtungen erhoben (Wingefeld et al. 2011b, S. 142).

Gütekriterien zur Praktikabilität	1	2	3	4	0
Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung				3	x
Datenverfügbarkeit				4	
Erhebungsaufwand				4	
Implementationsbarrieren berücksichtigt		4			

Die Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung des Indikators wird als gegeben bewertet.

Der Indikator kann in hohem Maße von den Einrichtungen beeinflusst werden. Jede Einrichtung kann durch Vorhaltung notwendiger Strukturen (entsprechendes Assessment) und geregelten Prozessen (Standards) die Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohner_innen mit kognitiven Einbußen steuern.

Die Datenverfügbarkeit des Indikators wird als gegeben bewertet.

Derzeit müssen die Daten noch separat erhoben werden. Mit Einführung des NBA ist jedoch davon auszugehen, dass die Daten bei den Leistungserbringern routinemäßig erfasst werden und somit automatisch der Indikator erfüllt ist.

Der Erhebungsaufwand des Indikators wird positiv bewertet.

Es ist nicht davon auszugehen, dass es eine weniger aufwändige Datenerhebungsmethode gibt. Alle Einrichtungen müssen sich auf eine separate Datenerhebung einstellen, solange die EDV noch nicht dahingehend umgestellt ist, die relevanten Daten zur Bewertung der Qualitätsindikatoren automatisiert zur Verfügung zu stellen.

12 Schmerzmanagement

Beurteilung des Qualitätsindikators „Schmerzmanagement“.

Gütekriterien zur Relevanz ¹⁰	1	2	3	4	0
Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem		4			
Nutzen	4				
Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen	4				

Die Bedeutung des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Der Umgang mit Schmerzen ist sowohl für die Betroffenen als auch für das Versorgungssystem von hoher Bedeutung. Die Deutsche Schmerzliga spricht von rund 12 Millionen chronischen Schmerzpatienten in Deutschland (Deutsche Schmerzliga e.V. 2013, S. 4). „Die negativen Auswirkungen von nicht oder nicht ausreichend gelinderten Schmerzen reichen von einer momentanen Belastung und Beeinträchtigung der Lebensqualität bis zu lang andauernden Einschränkungen der Qualität der gesamten Lebenssituation“ (DNQP 2011). Die Bedeutung des Pflegephänomens Schmerz ist so ausgeprägt, dass für die akute und chronische Form des Schmerzes jeweils ein Expertenstandard für die Pflege entwickelt worden ist (siehe DNQP 2011 und DNQP 2015). Die Einschätzung von Schmerzen ist hierbei nur ein Bestandteil des Schmerzmanagements und stellt einen Prozess dar. Ob das Vorhandensein einer Schmerzeinschätzung zur Verbesserung der Situation seitens der Betroffenen führt, wird nicht belegt.

Der Nutzen des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Eine differenzierte Einschätzung ist eine notwendige aber nicht hinreichende Bedingung für ein wirksames Schmerzmanagement. Sofern mit dem Einschätzungsergebnis Maßnahmen zur Verbesserung der Umstände eingeleitet werden, hat der Indikator einen hohen Nutzen für die Versorgung, andernfalls nicht. Ob die Versorgung durch den Einsatz dieses Indikators verbessert werden kann, muss erst noch aufgezeigt werden.

¹⁰ 1 = trifft nicht zu; 2 = trifft eher nicht zu; 3 = trifft eher zu; 4 = trifft zu; 0 = Enthaltung

Die Berücksichtigung von potenziellen Risiken des Indikators wird als nicht ausreichend bewertet.

Zu einer validen – Pflegeprozess begründeten Einschätzung – gehört mehr als die standardisierte Erfassung von Schmerzen. Ob Schmerz sowohl regelkonform als auch zielgruppenspezifisch (z. B. mit einem Assessment für Menschen mit Demenz) erfasst wird, kann kaum geprüft werden. Somit könnte auf eine Schmerzerfassung von den Einrichtungen verzichtet werden, um keine schlechten Ergebnisse zu erhalten.

Gütekriterien zur Wissenschaftlichkeit	1	2	3	4	0
Indikatorevidenz	4				
Klarheit der Definitionen	2	2			
Reliabilität	x	3			
Statistische Unterscheidungsfähigkeit	4				
Risikoadjustierung					4
Sensitivität	3				x
Spezifität	3				x
Validität	3				x

Die Indikatorevidenz wird als nicht belegt bewertet.

(Wingenfeld et al. 2011b, S. 146) attestieren die geringe Aussagekraft der bisherigen Studienlagen (Wingenfeld et al. 2011b, S. 153). Die Wirksamkeit des Indikators kann somit nicht belegt werden.

Die Klarheit der Definitionen des Indikators wird als nicht gegeben bewertet.

Der Indikator wird als „Schmerzmanagement“ bezeichnet. Was unter Schmerzmanagement zu verstehen ist wird nicht definiert. Darüber hinaus wird erst im „Leitfaden zur Implementierung“ beschrieben, über welchen Zeitraum die Bewertung zu erfolgen hat. Der Indikator hält letztendlich fest, ob die Durchführung eines Schmerzassessments dokumentiert wurde, jedoch nicht das Ergebnis und nicht das Schmerzassessment! Allerdings wird im Rahmen der Datenerhebung das Ergebnis ansatzweise erfasst: „Gab es bei der zuletzt vorgenommenen Schmerzeinschätzung Veränderungen gegenüber der davor durchgeführten Einschätzung? Die Richtung der Veränderung wird nicht abgefragt.“

Die Berechnung des Indikators ist in der Formel eindeutig geregelt.

Mit dem Indikator wird der Anteil der Bewohner_innen mit einer Schmerzproblematik erfasst, bei denen eine systematische Schmerzeinschätzung durchgeführt wurde und diese nicht länger als drei Monate (90 Tage) zurückliegt (Wingenfeld et al. 2011b, S. 152). Somit ist der Indikator kein Prävalenzindikator, denn die Anzahl der Bewohner_innen mit Schmerzproblematiken sind für den Nenner im Indikator vorgesehen.

Ob für die jeweiligen Bewohner_innen Schmerzproblematik vorliegen, sollen sechs Kriterien anzeigen, die anhand von sechs Fragen beurteilt werden müssen:

- Äußert der_die Bewohner_in wiederholt Schmerzen?
- Geht aus der Pflegedokumentation hervor, dass der Bewohner_innen regelmäßig Schmerzen äußert?
- Deuten bei demenzkranken Bewohnern und Bewohnerinnen Verhaltensweisen auf eine möglicherweise bestehende Schmerzproblematik hin?
- Erhält der_die Bewohner_in regelmäßig schmerzlindernde Medikamente?

- Kommen bei dem_der Bewohner_in nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung zum Einsatz?
- Gibt es andere Anzeichen für eine Schmerzproblematik?

Diese Fragen werden im Erhebungsbogen zu einer Einzigen zusammengefasst. Wird diese mit ja beantwortet, ist von einer Schmerzproblematik auszugehen. Einmalig aufgetretene Schmerzen werden nicht berücksichtigt (Wingenfeld et al. 2011b, S. 152). Da laut Beschreibung der Messmethode für die Erfassung der Daten die Bewohner_innendokumentation als Grundlage genutzt wird (Wingenfeld et al. 2011b, S. 152), sind die ersten beiden Fragen redundant. Die dritte Frage klingt nach einer subjektiven Direktbewertung und nicht nach einer Beurteilung aufgrund der Dokumentation. Zudem sollten für die Schmerzerfassungen bei Menschen mit Demenz spezielle Schmerz-Assessments eingesetzt werden. Die vierte Frage zeigt an, dass nicht nur Bewohner_innen mit Schmerzäußerungen aufgenommen werden, sondern auch die, die medizinisch, pflegerisch bereits gut versorgt sind. Diese Frage erscheint einerseits sinnvoll, da sich entsprechende Zustände schnell ändern können, wird jedoch vom Expertenstandard (DNQP 2011) nicht abgedeckt.

Im Bericht wird festgehalten, dass ursprünglich geplant war, „die zeitnahe Mitteilung des Ergebnisses an den behandelnden Arzt (binnen 14 Tagen) ebenfalls in die Bewertung einzubeziehen“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 152). Die Information an den Arzt stellt eine Pflicht dar und kann unter Umständen als unterlassene Hilfeleistung gewertet werden. Begründet wurde der Schritt mit einem „stark entwicklungsbedürftigen Schmerzmanagement“ (Wingenfeld et al. 2011b, S. 152) und ist nicht nachvollziehbar. Indikatoren werden eingesetzt, um solche Schwachstellen aufzudecken. Alle Pflegefachkräfte sind verpflichtet, nach den neuestem Stand der Erkenntnisse ihre pflegerischen Tätigkeiten zu verrichten.

Die Messmethode

Als Grundlage für die Erfassung der Daten zum Indikator Schmerzmanagement ist die Bewohner_innendokumentation der Einrichtungen zu nutzen (Wingenfeld et al. 2011b, S. 154).

Gütekriterien zur Praktikabilität	1	2	3	4	0
Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung				4	
Datenverfügbarkeit			3	x	
Erhebungsaufwand			x	3	
Implementationsbarrieren berücksichtigt		4			

Die Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung des Indikators wird als gegeben bewertet.

Der Indikator kann in hohem Maße von den Einrichtungen beeinflusst werden. Jede Einrichtung kann durch Vorhaltung notwendiger Strukturen (entsprechendes Assessment) und geregelten Prozessen (Standards) die systematische Schmerzeinschätzung bei Bewohner_innen mit Schmerzproblematiken steuern.

Die Datenverfügbarkeit des Indikators wird als gegeben bewertet.

Derzeit müssen die Daten noch separat erhoben werden. Die Dokumentationslage (EDV oder handschriftlich) sollte jedoch eine unkomplizierte, rasche Erfassung ermöglichen.

Der Erhebungsaufwand des Indikators wird positiv bewertet.

Es ist nicht davon auszugehen, dass es eine weniger aufwändige Datenerhebungsmethode gibt. Alle Einrichtungen müssen sich auf eine separate Datenerhebung einstellen, solange die EDV noch nicht dahingehend umgestellt ist, die relevanten Daten zur Bewertung der Qualitätsindikatoren automatisiert zur Verfügung zu stellen.

Literaturverzeichnis

- Arling, Greg; Lewis, Teresa; Kane, Robert L.; Mueller, Christine; Flood, Shannon (2007):
Improving Quality Assessment through Multilevel Modeling: The Case of Nursing Home Compare. In: Health Services Research 42 (3 Pt 1), S. 1177–1199. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2006.00647.x.
- Bartholomeyczik, Sabine; Borker, Siegfried; Hansen, Ute; Hardenacke, Daniela; Henning, Maria; Ott, Stefan et al. (2010): Der Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. In: DNQP (Hg.): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Unter Mitarbeit von Andreas Büscher. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, S. 24–51.
- Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta; Sowinski, Christine; Besselmann, Klaus; Dürrmann, Peter; Haupt, Martin et al. (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin (Forschungsbericht Gesundheit). Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2015.
- Bensch, Sandra (2013): Konstruktvalidität der Module "Mobilität" und "kognitive und kommunikative Fähigkeiten" des Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. 1. Aufl. Hungen: Hpsmedia (Buchreihe Pflegewissenschaft).
- Brühl, Albert (Hg.) (2012): Pflegebedürftigkeit messen? Herausforderungen bei der Entwicklung pflegerischer Messinstrumente am Beispiel des Neuen Begutachtungsassessments (NBA). Philosophisch-Theologische Hochschule. Vallendar. Online verfügbar unter http://opus.bsz-bw.de/kidoks/volltexte/2012/71/pdf/Bruehl_Pflegebeduerftigkeit_messen_2012.pdf, zuletzt geprüft am 14.08.2015.
- DNQP (Hg.) (2010a): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Osnabrück: Hochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- DNQP (Hg.) (2010b): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010. Unter Mitarbeit von Doris Schiemann. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Osnabrück: Hochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- DNQP (Hg.) (2010c): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Unter Mitarbeit von Andreas Büscher. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- DNQP (Hg.) (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011. Unter Mitarbeit von Andreas Büscher. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). 1. aktualisierte Auflage.

Osnabrück: Hochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

- DNQP (Hg.) (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Unter Mitarbeit von Andreas Büscher. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Osnabrück: Hochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- DNQP (2014): Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Abschlussbericht 13.04.2014. Entwurf. Unter Mitarbeit von Andreas Büscher. Hg. v. DNQP. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Pflege_Expertenstandard_Mobilitaet_Abschlussbericht_14-07-14_finaleVersion.pdf, zuletzt geprüft am 12.03.2016.
- DNQP (Hg.) (2015): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Unter Mitarbeit von Andreas Büscher. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Osnabrück: Hochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- Dobbs, Dobbs; Montgomery, Rhonda (2005): Family Satisfaction With Residential Care Provision. A Multilevel Analysis. In: *Journal of Applied Gerontology* 24 (5), S. 453–474. DOI: 10.1177/0733464805279374.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009): Prevention and Treatment of pressure ulcers. National Pressure Ulcer Advisory Panel. quick reference guide. Washingtonv. Online verfügbar unter http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf, zuletzt aktualisiert am 28.06.2015.
- Gostynski, M.; Ajdacic-Gross, V.; Gutzwiller, F.; Michel, J. P.; Herrmann, F. (1999): Epidemiological analysis of accidental falls by the elderly in Zurich and Geneva. In: *Schweizer Medizinische Wochenschrift* 129 (7), S. 270–275.
- Korte-Pötters, Ursula (Hg.) (2007): Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW. Näher am Menschen, 5).
- Korte-Pötters, Ursula; Wingenfeld, Klaus; Heitmann, Dieter (2007): Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Teil A. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes (Hg.): Referenzmodelle. Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege. Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts. Düsseldorf (NRW. Näher am Menschen, 5).
- Li, Yue; Cai, Xueya; Glance, Laurent G.; Spector, William D.; Mukamel, Dana B. (2009): National release of the nursing home quality report cards: implications of statistical methodology for risk adjustment. In: *Health Services Research* 44 (1), S. 79–102. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2008.00910.x.
- Lyons, K. S.; Sayer, A. G. (2005): Using multilevel modeling in caregiving research. In: *Aging & mental health* 9 (3), S. 189–195. DOI: 10.1080/13607860500089831.

- Neuderth, S.; Lukasczik, M.; Musekamp, G.; Gerlich, C.; Saupe-Heide, M.; Löbmann, R.; Vogel, H. (2013): Entwicklung von Verfahrensweisen und Instrumenten zur externen Qualitätssicherung in Einrichtungen der stationären Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen. In: Die Rehabilitation 52 (1), S. 10–19. DOI: 10.1055/s-0032-1323650.
- Pierobon, A.; Funk, M. (2007): Sturzprävention bei älteren Menschen. Risiken - Folgen - Maßnahmen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Planer, Katarina; Brühl, Albert (2012): Das implizite Struktur- und Messmodell des Neuen Begutachtungsassessments (NBA). In: Albert Brühl (Hg.): Pflegebedürftigkeit messen? Herausforderungen bei der Entwicklung pflegerischer Messinstrumente am Beispiel des Neuen Begutachtungsassessments (NBA). Vallendar, S. 50–72.
- Reiter, Anne; Fischer, Burkhard; Kötting, Joachim; Geraedts, Max; Jäckel, Wilfried H.; Döbler, Klaus (2007): QUALIFY. Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. BQS Düsseldorf; Universität Düsseldorf; Universität Freiburg. Online verfügbar unter <http://www.bqs-institut.de/innovationen/qualify-instrument.html>, zuletzt geprüft am 28.06.2015.
- Wingenfeld, Klaus; Büscher, Andreas; Gansweid, Barbara (2011a): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 2).
- Wingenfeld, Klaus; Engels, Dietrich; Kleina, Thomas; Franz, Simone; Mehlan, Silke; Engel, Heike (2011b): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bielefeld, Köln. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-stationaere-altenhilfe,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, zuletzt aktualisiert am 2011.
- Wingenfeld, Klaus; Engels, Dietrich; Kleina, Thomas; Mehlan, Silke; Franz, Simone; Engel, Heike (2011c): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Hg. v. Klaus Wingenfeld und Thomas Kleina. Universität Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft. Bielefeld.

02 Suchkomponenten der Literaturrecherche

Suchkomponenten der Literaturrecherche je Indikator

Mobilität

Recherchekomponenten zu den Indikatoren für Mobilität		
Komponente 1	Deutsch	Mobilität, Immobilität, Aktivität
	Englisch	Mobility, Immobility, Activity
Komponente 2a	Deutsch	Indikator, Qualitätsindikator
	Englisch	Indicator, indicator of quality
Komponente 2b	Deutsch	Einflussfaktoren, Risikofaktoren
	Englisch	Factor, influencing factor, factor of influence, hazard factor, risk factor

Komponente 1	Komponente 2a oder 2b
Mobilität, Immobilität, Aktivität	Indikator, Indikatoren,
	Qualitätsindikator, Qualitätsindikatoren
	Einflussfaktor(en), Risikofaktor(en)

Selbstständigkeit

Recherchekomponenten zu den Indikatoren für Selbstständigkeit		
Komponente 1	Deutsch	Selbstständigkeit, Selbstversorgung, Selbstpflege, Alltagskompetenz(en), Alltagsaktivität(en), Aktivitätseinschränkung(en), funktionale Gesundheit, Aktivierung(en), Reaktivierung(en), soziale Kompetenz(en), soziale Rolle(n)
	Englisch	Independence, autonomy, self-sufficiency, self-care, everyday expertise/competence, daily/everyday activity, restriction(s) of activity, activity limitation(s), functional health, activating, reactivating, functional health, social skills
Komponente 2	Deutsch	Indikator, Qualitätsindikator
	Englisch	Indicator, indicator of quality
Komponente 3	Deutsch	Einflussfaktoren, Risikofaktoren
	Englisch	Factor, influencing factor, factor of influence, hazard factor, risk factor

Komponente 1	Komponente 2a oder 2b
Selbstständigkeit, Selbstversorgung, Selbstpflege, Alltagskompetenz, Alltagsaktivitäten, Aktivitätseinschränkungen, funktionale Gesundheit	Indikator, Indikatoren,
	Qualitätsindikator, Qualitätsindikatoren
	Einflussfaktor, Einflussfaktoren, Risikofaktor, Risikofaktoren

Dekubitus

Recherchekomponenten zu den Indikatoren für Dekubitus		
Komponente 1	Deutsch	Dekubitus, Dekubiti, Dekubitalulzera, Druckgeschwüre
	Englisch	Decubitus, decubitus ulcer, decubital ulcer, bedsore, pressure sore
Komponente 2	Deutsch	Indikator, Qualitätsindikator
	Englisch	indicator, indicator of quality
Komponente 3	Deutsch	Risikofaktoren, Einflussfaktoren
	Englisch	factor, risk factor, factor of influence, influencing factor

Komponente 1	Komponente 2 a oder 2b
Dekubitus, Dekubiti, Dekubitalulzera, Druckgeschwüre	Indikator, Indikatoren, Qualitätsindikator, Qualitätsindikatoren
	Risikofaktor, Risikofaktoren, Einflussfaktor, Einflussfaktoren

Sturzfolgen

Recherchekomponenten zu den Indikatoren für Sturzfolgen		
Komponente 1	Deutsch	Sturz/Stürze, Sturzfolgen
	Englisch	fall/falls, fall consequences
Komponente 2a	Deutsch	Indikator, Qualitätsindikator
	Englisch	indicator, indicator of quality
Komponente 2b	Deutsch	Risikofaktoren, Einflussfaktoren
	Englisch	factor, risk factor, factor of influence, influencing factor

Komponente 1	Komponente 2a oder 2b
Sturzfolgen, schwere Sturzfolgen, gravierende Sturzfolgen	Indikator, Indikatoren, Qualitätsindikator, Qualitätsindikatoren
	Risikofaktor, Risikofaktoren, Einflussfaktor, Einflussfaktoren

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust

Recherchekomponenten zum Indikator Unbeabsichtigter Gewichtsverlust		
Komponente 1	Deutsch	Gewichtsverlust, unbeabsichtigter, ungewollter Ernährungsdefizite, Mangelernährung
	Englisch	Weight loss, unintended weight loss, unwanted weight loss, nutrition deficits, malnutrition
Komponente 2a	Deutsch	Indikator, Qualitätsindikator
	Englisch	indicator, indicator of quality
Komponente 2b	Deutsch	Risikofaktoren, Einflussfaktoren

Komponente 1	Komponente 2 a oder 2b
Gewichtsverlust, unbeabsichtigter Gewichtsverlust, ungewollter Gewichtsverlust, Ernährungsdefizite, Mangelernährung	Indikator, Indikatoren, Qualitätsindikator, Qualitätsindikatoren
	Risikofaktor, Risikofaktoren, Einflussfaktor, Einflussfaktoren

Integration(sgespräch)

Recherchekomponenten zum Indikator Integration(sgespräch)		
Komponente 1	Deutsch	Integration, Integration(sgespräch) Einleben, Eingewöhnung
	Englisch	Integration, settling in, familiarization, familiarisation (BE), acclimation, acclimatisation (BE) dialogue, conversation, interview
Komponente 2a	Deutsch	Indikator, Qualitätsindikator
	Englisch	indicator, indicator of quality
Komponente 2b	Deutsch	Risikofaktoren, Einflussfaktoren
	Englisch	factor, risk factor, factor of influence, influencing factor

Komponente 1	Komponente 2a oder 2b
Integration, Einleben, Eingewöhnung Integrationsgespräch)	Indikator, Indikatoren, Qualitätsindikator, Qualitätsindikatoren
	Risikofaktor, Risikofaktoren, Einflussfaktor, Einflussfaktoren

Gurtfixierungen

Recherchekomponenten zum Indikator Gurtfixierungen		
Komponente 1	Deutsch	Freiheitseinschränkende Maßnahme(n), freiheitsentziehende Maßnahme(n), Gurtfixierung(en), Zwangsfixierung(en), Zwangsrühigstellung(en)
	Englisch	Freedom-restrictive measures, custodial measures, coercive restraint methods, coercive sedation, fixation, fixing
Komponente 2a	Deutsch	Indikator, Qualitätsindikator
	Englisch	Indicator, indicator of quality
Komponente 2b	Deutsch	Risikofaktoren, Einflussfaktoren
	Englisch	Factor, risk factor, factor of influence, influencing factor

Komponente 1	Komponente 2a oder 2b
Freiheitseinschränkende Maßnahmen, freiheitsentziehende Maßnahmen, Zwangsfixierung, Zwangsruehigstellung	Indikator, Indikatoren, Qualitätsindikator, Qualitätsindikatoren
	Risikofaktor, Risikofaktoren, Einflussfaktor, Einflussfaktoren

Schmerzmanagement

Recherchekomponenten zum Indikator Schmerzmanagement		
Komponente 1	Deutsch	Schmerz, Schmerzen, Schmerzproblematik, Schmerzproblematiken, Schmerzerleben, Schmerzmanagement
	Englisch	Pain, pains, pain problem, pain problems, experience of pain, pain experience, experiencing pain
Komponente 2a	Deutsch	Indikator, Qualitätsindikator
	Englisch	Indicator, indicator of quality
Komponente 2b	Deutsch	Risikofaktoren, Einflussfaktoren
	Englisch	Factor, risk factor, factor of influence, influencing factor

Komponente 1	Komponente 2a oder 2b
Schmerz, Schmerzen, Schmerzproblematik, Schmerzproblematiken, Schmerzerleben	Indikator, Indikatoren, Qualitätsindikator, Qualitätsindikatoren
	Risikofaktor, Risikofaktoren, Einflussfaktor, Einflussfaktoren

03 Items des in der Studie eingesetzten Erhebungsinstruments

249	2	2.11 SITZEN IM STUHL - Sitz frei (Rumpfkontrolle)	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A2_11	Zahl	selbständig = 0 mit Hilfmittel = 1 mit Personenhilfe = 2 komplett unselbständig = 3
250	2	2.12 STEHEN - hält beim Stehen das Gleichgewicht	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A2_12	Zahl	selbständig = 0 mit Hilfmittel = 1 mit Personenhilfe = 2 komplett unselbständig = 3
251	2	2.13 GEHEN - hält beim Gehen das Gleichgewicht	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A2_13	Zahl	selbständig = 0 mit Hilfmittel = 1 mit Personenhilfe = 2 komplett unselbständig = 3
252	2	2.14 TREPPEN STEIGEN - Steigt Treppen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A2_14	Zahl	selbständig = 0 mit Hilfmittel = 1
253	2	2.15 BEWEGUNG - bewegt sich innerhalb der Einrichtung	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A2_15	Zahl	selbständig = 0 mit Hilfmittel = 1 mit Personenhilfe = 2 komplett unselbständig = 3
254	2	2.16 BEWEGUNG - bewegt sich außerhalb der Einrichtung	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A2_16	Zahl	selbständig = 0 mit Hilfmittel = 1 mit Personenhilfe = 2 komplett unselbständig = 3
255	2	2.17 Es ist dokumentiert, dass der Bewohner Angst davor hat zu stürzen.	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A2_17	Zahl	nie/kaum = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
256	2	2.18 Es ist dokumentiert, dass der Bewohner unter "Schwindel" leidet	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A2_18	Zahl	nie/kaum = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten							
257	3	3.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A3_1	Zahl	vorhanden/unbeeinträchtigt = 0 größtenteils vorhanden = 1 in geringem Maße vorhanden = 2 nicht vorhanden = 3
258	3	3.2 Örtliche Orientierung	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A3_2	Zahl	vorhanden/unbeeinträchtigt = 0 größtenteils vorhanden = 1 in geringem Maße vorhanden = 2 nicht vorhanden = 3
259	3	3.3 Zeitliche Orientierung	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A3_3	Zahl	vorhanden/unbeeinträchtigt = 0 größtenteils vorhanden = 1 in geringem Maße vorhanden = 2 nicht vorhanden = 3
260	3	3.4 Gedächtnis	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A3_4	Zahl	vorhanden/unbeeinträchtigt = 0 größtenteils vorhanden = 1 in geringem Maße vorhanden = 2 nicht vorhanden = 3
261	3	3.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A3_5	Zahl	vorhanden/unbeeinträchtigt = 0 größtenteils vorhanden = 1 in geringem Maße vorhanden = 2 nicht vorhanden = 3
262	3	3.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A3_6	Zahl	vorhanden/unbeeinträchtigt = 0 größtenteils vorhanden = 1 in geringem Maße vorhanden = 2 nicht vorhanden = 3
263	3	3.7 Sachverhalte und Informationen verstehen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A3_7	Zahl	vorhanden/unbeeinträchtigt = 0 größtenteils vorhanden = 1 in geringem Maße vorhanden = 2 nicht vorhanden = 3
264	3	3.8 Risiken und Gefahren erkennen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A3_8	Zahl	vorhanden/unbeeinträchtigt = 0 größtenteils vorhanden = 1 in geringem Maße vorhanden = 2 nicht vorhanden = 3
265	3	3.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A3_9	Zahl	vorhanden/unbeeinträchtigt = 0 größtenteils vorhanden = 1 in geringem Maße vorhanden = 2 nicht vorhanden = 3
266	3	3.10 Verstehen von Aufforderungen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A3_10	Zahl	vorhanden/unbeeinträchtigt = 0 größtenteils vorhanden = 1 in geringem Maße vorhanden = 2 nicht vorhanden = 3
267	3	3.11 Beteiligung an einem Gespräch	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A3_11	Zahl	vorhanden/unbeeinträchtigt = 0 größtenteils vorhanden = 1 in geringem Maße vorhanden = 2 nicht vorhanden = 3
268	Summe der ausgewählten Optionswerte von Assessment 3			Zahl	A3_GUM	Zahl	0 bis 33
4. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte							
270	4	4.1 Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A4_1	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3
271	4	4.2 Ruhen und Schlafen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A4_2	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3
272	4	4.3 Sich beschäftigen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A4_3	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3
273	4	4.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A4_4	Zahl	selbständig = 0
274	4	4.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A4_5	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3
275	4	4.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A4_6	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3
5. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen							
276	5	5.1 Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A5_1	Zahl	selten/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
277	5	5.2 Nächtliche Unruhe	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A5_2	Zahl	selten/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
278	5	5.3 Selbstschädigendes und aggressives Verhalten	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A5_3	Zahl	selten/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
279	5	5.4 Beschädigung von Gegenständen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A5_4	Zahl	selten/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
280	5	5.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A5_5	Zahl	selten/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
281	5	5.6 Verbale Aggression	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A5_6	Zahl	selten/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
282	5	5.7 Andere vokale Auffälligkeiten	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A5_7	Zahl	selten/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
283	5	5.8 Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A5_8	Zahl	selten/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
284	5	5.9 Wahrnehmungen, Sinnestäuschungen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A5_9	Zahl	selten/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
285	5	5.10 Ängste	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A5_10	Zahl	selten/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
286	5	5.11 Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A5_11	Zahl	selten/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
287	5	5.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A5_12	Zahl	selten/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
288	5	5.13 Sonstige inadäquate Handlungen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A5_13	Zahl	selten/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3
6. Selbstversorgung							
289	6	6.1 Vordere Oberkörper waschen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A6_1	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3
290	6	6.2 Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A6_2	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3

291	6	6.3 Intimbereich waschen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A6_3	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3
292	6	6.4 Duschen oder Baden	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A6_4	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3
293	6	6.5 Oberkörper an- und auskleiden	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A6_5	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3
294	6	6.6 Unterkörper an- und auskleiden	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A6_6	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3
295	6	6.7 Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A6_7	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3
296	6	6.8 Essen	•0•1•2•3•4	Zahl (EINE Option)	A6_8	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3 nur Sonde = 4
297	6	6.9 Trinken	•0•1•2•3•4	Zahl (EINE Option)	A6_9	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3 nur Sonde = 4
298	6	6.10 Toilette/Toilettenstuhl benutzen	•0•1•2•3	Zahl (EINE Option)	A6_10	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3
299	6	6.11 Folgen einer Harninkontinenz bewältigen(auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	•0•1•2•3•4	Zahl (EINE Option)	A6_11	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3 entfällt = 4
300	6	6.12 Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen(auch Umgang mit Stoma)	•0•1•2•3•4	Zahl (EINE Option)	A6_12	Zahl	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3 entfällt = 4
301	6	s1 (6.13.1) Sondenernährung:Erhält die Person Sondenernährung?		•Ja•Nein	A6_13_1	Zahl	ja = 1, nein = 2
302	6	s1.1 (6.13.2) Sondenernährung:Die Person erhält: •zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondenernährung, aber nur gelegentlich (nicht täglich) •1 bis 3 x täglich Sondenernährung und täglich oral Nahrung •mindestens 4 x täglich Sondenernährung und täglich oral Nahrung (geringe Mengen) •ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondenernahrung	s1(6.13.1) = 2	Text (EINE Option)	A6_13_2	Zahl	zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondenernährung, aber nur gelegentlich (nicht täglich) = 1, 1 bis 3 x täglich Sondenernährung und täglich oral Nahrung = 2, mindestens 4 x täglich Sondenernährung und täglich oral Nahrung (geringe Mengen) = 3, ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondenernahrung = 4
303	6	s1.2 (6.13.3) Art der Sondenernährung: (Mehrfachangaben)	Pumpe	s1(6.13.1) = 2	•Ja•Nein	A6_13_3	ja = 1, nein = 2
304	6	s1.3 (6.13.4)	Schwerkraft	s1(6.13.1) = 2	•Ja•Nein	A6_13_4	ja = 1, nein = 2
305	6	s1.4 (6.13.5)	Bolusgröße	s1(6.13.1) = 2	•Ja•Nein	A6_13_5	ja = 1, nein = 2
306	6	s1.5 (6.13.6) Selbständigkeit:	•Bedienung selbständig •Bedienung mit Fremdhilfe	s1(6.13.1) = 2	Text (EINE Option)	A6_13_6	Bedienung selbständig = 1, Bedienung mit Fremdhilfe = 2
307	6	s2 (6.14.1) Parenterale Ernährung:Erhält die Person parentale Ernährung?		•Ja•Nein	A6_14_1	Zahl	ja = 1, nein = 2
308	6	s2.1 (6.14.2) Art der parentalen Ernährung:	•komplett •teilweise	s2(6.14.1) = 2	Text (EINE Option)	A6_14_2	komplett = 1, teilweise = 2
309	6	s2.2 (6.14.3) Selbständigkeit:	•Bedienung selbständig •Bedienung mit Fremdhilfe	s2(6.14.1) = 2	Text (EINE Option)	A6_14_3	Bedienung selbständig = 1, Bedienung mit Fremdhilfe = 2
310	6	s3 (6.15) Blasenkontrolle/Harnkontinenz:	•überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent •überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung •komplett inkontinent •ständig kontinent •Bewohner hat ein Colo- oder Ileostoma	s3(6.15) = 2	Text (EINE Option)	A6_15	überwiegend kontinent, Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz = 1, überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent = 2, komplett inkontinent = 3, ständig kontinent = 4, Bewohner hat einen Dauerkatheter oder ein Urostoma = 5
311	6	s4 (6.16) Darmkontrolle/Stuhlinkontinenz:	•überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent •überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung •komplett inkontinent •ständig kontinent •Bewohner hat ein Colo- oder Ileostoma	s4(6.16) = 2	Text (EINE Option)	A6_16	überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent = 1 überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung = 2 komplett inkontinent = 3 ständig kontinent = 4 Bewohner hat ein Colo- oder Ileostoma = 5
312	6	s5 (6.17) Künstliche Harnableitung:	•entfällt (keine künstliche Harnableitung) •suprapubischer Dauerkatheter •transurethraler Dauerkatheter Nahrung (geringe Mengen) •Urostoma	s5(6.17) = 2	Text (EINE Option)	A6_17	entfällt (keine künstliche Harnableitung) = 0 suprapubischer Dauerkatheter = 1 transurethraler Dauerkatheter Nahrung (geringe Mengen) = 2 Urostoma = 3
313	6	s6 (6.18) Colo-/Ileostoma:	•entfällt (nicht vorhanden) •Ja	s6(6.18) = 2	Text (EINE Option)	A6_18	entfällt (nicht vorhanden) = 0 ja = 1
7 Dekubitus							
314	7	7.1 Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate einen oder mehrere Dekubitus?		•Ja•Nein	A7_1	Zahl	ja = 1, nein = 2
315	7	7.1.1 1. Dekubitus	7.1 = 2 (Nein)	Datum	A7_1_1	Datum	dd.mm.yyyy
316	7	7.1.2 Zeitraum angeben bis Heute:	7.1 = 2	•Ja•Nein	A7_1_2	Zahl	ja = 1, nein = 2
317	7	7.1.3 Zeitraum angeben bis (Datum)	7.1 = 2	Datum	A7_1_3	Datum	dd.mm.yyyy
318	7	7.1.4 Schweregrad des Dekubitus:	7.1 = 2	•Grad 1 •Grad 2 •Grad 3 •Grad 4 •unbekannt	A7_1_4	Zahl	Grad 1 = 1 Grad 2 = 2 Grad 3 = 3 Grad 4 = 4 unbekannt = 5
319	7	7.1.5 Wo ist der Dekubitus entstanden?	7.1 = 2	•in der Pflegeeinrichtung •im Krankenhaus •Zuhause (vor dem Heimenzug) •woanders	A7_1_5	Zahl	in der Pflegeeinrichtung = 1 im Krankenhaus = 2 Zuhause (vor dem Heimenzug) = 3 woanders = 4
320	7	7.1.6 Ort:	7.1 = 2 oder 7.1.5 ≠ 4	Text	A7_1_6	Text	Länge 255
321	7	7.1.7 2. Dekubitus	7.1 = 2	Datum	A7_1_7	Datum	dd.mm.yyyy
322	7	7.1.8 Zeitraum angeben bis Heute:	7.1 = 2	•Ja•Nein	A7_1_8	Zahl	ja = 1, nein = 2
323	7	7.1.9 Zeitraum angeben bis (Datum)	7.1 = 2	Datum	A7_1_9	Datum	dd.mm.yyyy
324	7	7.1.10 Schweregrad des Dekubitus:	7.1 = 2	•Grad 1 •Grad 2 •Grad 3 •Grad 4 •unbekannt	A7_1_10	Zahl	Grad 1 = 1 Grad 2 = 2 Grad 3 = 3 Grad 4 = 4 unbekannt = 5
325	7	7.1.11 Wo ist der Dekubitus entstanden?	7.1 = 2	•in der Pflegeeinrichtung •im Krankenhaus •Zuhause (vor dem Heimenzug) •woanders	A7_1_11	Zahl	in der Pflegeeinrichtung = 1 im Krankenhaus = 2 Zuhause (vor dem Heimenzug) = 3 woanders = 4
326	7	7.1.12 Ort:	7.1 = 2 oder 7.1.11 ≠ 4	Text	A7_1_12	Text	Länge 255
327	7	7.1.13 3. Dekubitus	7.1 = 2	Datum	A7_1_13	Datum	dd.mm.yyyy
328	7	7.1.14 Zeitraum angeben bis Heute:	7.1 = 2	•Ja•Nein	A7_1_14	Zahl	ja = 1, nein = 2
329	7	7.1.15 Zeitraum angeben bis (Datum)	7.1 = 2	Datum	A7_1_15	Datum	dd.mm.yyyy
330	7	7.1.16 Schweregrad des Dekubitus:	7.1 = 2	•Grad 1 •Grad 2 •Grad 3 •Grad 4 •unbekannt	A7_1_16	Zahl	Grad 1 = 1 Grad 2 = 2 Grad 3 = 3 Grad 4 = 4 unbekannt = 5
331	7	7.1.17 Wo ist der Dekubitus entstanden?	7.1 = 2	•in der Pflegeeinrichtung •im Krankenhaus •Zuhause (vor dem Heimenzug) •woanders	A7_1_17	Zahl	in der Pflegeeinrichtung = 1 im Krankenhaus = 2 Zuhause (vor dem Heimenzug) = 3 woanders = 4
332	7	7.1.18 Ort:	7.1 = 2 oder 7.1.17 ≠ 4	Text	A7_1_18	Text	Länge 255
333	7	7.1.19 4. Dekubitus	7.1 = 2	Datum	A7_1_19	Datum	dd.mm.yyyy
334	7	7.1.20 Zeitraum angeben bis Heute:	7.1 = 2	•Ja•Nein	A7_1_20	Zahl	ja = 1, nein = 2
335	7	7.1.21 Zeitraum angeben bis (Datum)	7.1 = 2	Datum	A7_1_21	Datum	dd.mm.yyyy
336	7	7.1.22 Schweregrad des Dekubitus:	7.1 = 2	•Grad 1 •Grad 2 •Grad 3 •Grad 4 •unbekannt	A7_1_22	Zahl	Grad 1 = 1 Grad 2 = 2 Grad 3 = 3 Grad 4 = 4 unbekannt = 5
337	7	7.1.23 Wo ist der Dekubitus entstanden?	7.1 = 2	•in der Pflegeeinrichtung •im Krankenhaus •Zuhause (vor dem Heimenzug) •woanders	A7_1_23	Zahl	in der Pflegeeinrichtung = 1 im Krankenhaus = 2 Zuhause (vor dem Heimenzug) = 3 woanders = 4
338	7	7.1.24 Ort:	7.1 = 2 oder 7.1.23 ≠ 4	Text	A7_1_24	Text	Länge 255
339	7	7.1.25 5. Dekubitus	7.1 = 2	Datum	A7_1_25	Datum	dd.mm.yyyy
340	7	7.1.26 Zeitraum angeben bis Heute:	7.1 = 2	•Ja•Nein	A7_1_26	Zahl	ja = 1, nein = 2
341	7	7.1.27 Zeitraum angeben bis (Datum)	7.1 = 2	Datum	A7_1_27	Datum	dd.mm.yyyy
342	7	7.1.28 Schweregrad des Dekubitus:	7.1 = 2	•Grad 1 •Grad 2 •Grad 3 •Grad 4 •unbekannt	A7_1_28	Zahl	Grad 1 = 1 Grad 2 = 2 Grad 3 = 3 Grad 4 = 4 unbekannt = 5
343	7	7.1.29 Wo ist der Dekubitus entstanden?	7.1 = 2	•in der Pflegeeinrichtung •im Krankenhaus •Zuhause (vor dem Heimenzug) •woanders	A7_1_29	Zahl	in der Pflegeeinrichtung = 1 im Krankenhaus = 2 Zuhause (vor dem Heimenzug) = 3 woanders = 4
344	7	7.1.30 Ort:	7.1 = 2 oder 7.1.29 ≠ 4	Text	A7_1_30	Text	Länge 255
345	7	7.2 Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate eine		•Ja•Nein	A7_2	Zahl	ja = 1, nein = 2

346	7.2.1 Zeitraum angeben von (Datum):	7.2 = 2	Datum	A7_2_1	Datum	dd.mm.yyyy
347	7.2.2 Zeitraum angeben bis Heute:	7.2 = 2	■ja/Nein	A7_2_2	Zahl	ja = 1, nein = 2
348	7.2.3 Zeitraum angeben bis (Datum)	7.2 = 2	Datum	A7_2_3	Datum	dd.mm.yyyy
349	7.3 Liegt eine Bettlägerigkeit vor?		Text (EINE Option)	A7_3	Zahl	Keine Bettlägerigkeit = 1 Leichte Bettlägerigkeit (Der Bewohner kann mit/ohne Begleitung ungefähr 4 bis 5 Stunden außerhalb des Bettes sein, etwa in einem Rollstuhl oder in einem Sessel sitzend) = 2 Mittelschwere Bettlägerigkeit (Der Bewohner kann für wenige Handlungen kurze Zeit das Bett verlassen, etwa um auszuschlafen, zur Körperpflege oder zum Essen) = 3 Schwere Bettlägerigkeit (In einer schweren Form der Bettlägerigkeit steht der Mensch überhaupt nicht mehr auf – verbringt also 24h/Tag im Bett) = 4
8. Körpergewicht und Größe						
350	8.1 Liegt eine Angabe der Körpergröße vor?		■ja/Nein	A8_1	Zahl	ja = 1, nein = 2
351	8.1.1 Körpergröße: (cm)	8.1 = 2	Zahl	A8_1_1	Zahl	0-999
352	8.1.2 Grund auswählen:	■Es liegt noch keine Messung vor (z.B. bei Neueinzug) 8.1 = 1 ■Das Messen der Körpergröße wurde/wird vom Bewohner oder Betreuer abgelehnt	Text (EINE Option)	A8_1_2	Zahl	1=Es liegt noch keine Messung vor (z.B. bei Neueinzug) 2 = Das Messen der Körpergröße wurde/wird vom Bewohner oder Betreuer abgelehnt
353	8.2 Liegt eine Gewichtsangabe vor?		■ja/Nein	A_8_2	Zahl	ja = 1, nein = 2
354	8.2.1 Aktuelles Körpergewicht: (kg)	8.2 = 2	Dezimalkzahl	A8_2_1	Dezimalkzahl	000.0
355	8.2.2 erfasst am (Datum):	8.2 = 2	Datum	A8_2_2	Datum	dd.mm.yyyy
356	8.2.3 Grund auswählen:	■Es liegt noch keine Messung vor (z.B. bei Neueinzug) 8.2 = 1 ■Das Wiegen wurde/wird vom Bewohner oder Betreuer abgelehnt	Text (EINE Option)	A8_2_3	Zahl	1=Es liegt noch keine Messung vor (z.B. bei Neueinzug) 2 = Das Wiegen wurde/wird vom Bewohner oder Betreuer abgelehnt
357	8.3 Gab es medizinische Gründe, die eine starke Gewichtsabnahme in den vergangenen 6 Monaten erklären?		■ja/Nein	A8_3	Zahl	ja = 1, nein = 2
358	8.3.1 Um welche Gründe handelt es sich?	bedingt durch eine fortschreitende Krebserkrankung 8.3 = 2	■ja/Nein	A8_3_1	Zahl	ja = 1, nein = 2
359	8.3.2	bedingt durch medikamentöse Ausschweifungen 8.3 = 2	■ja/Nein	A8_3_2	Zahl	ja = 1, nein = 2
360	8.3.3	bedingt durch eine Amputation 8.3 = 2	■ja/Nein	A8_3_3	Zahl	ja = 1, nein = 2
361	8.3.4	weitere Gründe 8.3 = 2	■ja/Nein	A8_3_4	Zahl	ja = 1, nein = 2
362	8.3.5	bitte angeben 8.3 = 2 oder 8.3.4 = 2	Text	A8_3_5	Text	Länge unbegrenzt
363	8.4 Hat der Bewohner in den letzten 6 Monaten eine nicht-medizinische Diät zur Gewichtsreduktion durchgeführt?		■ja/Nein	A8_4	Zahl	ja = 1, nein = 2
364	8.5 Sind beim Bewohner Schluckstörungen bekannt und dokumentiert?		■ja/Nein	A8_5	Zahl	ja = 1, nein = 2
9. Stürzfolgen						
365	9.1 Ist der Bewohner in den vergangenen 6 Monaten gestürzt?	■ja, einmal ■ja, mehrmals ■nein	Text (EINE Option)	A9_1	Zahl	ja, einmal = 1 ja, mehrmals = 2 nein = 3
366	9.1.1 Welche Stürzfolgen sind aufgetreten? (Mehrfachangaben)	Frakturen 9.1 = 3	■ja/Nein	A9_1_1	Zahl	ja = 1, nein = 2
367	9.1.2	behandlungsbedürftige Wunden 9.1 = 3	■ja/Nein	A9_1_2	Zahl	ja = 1, nein = 2
368	9.1.3	andauernde Schmerzen (länger als 48 Stunden) 9.1 = 3	■ja/Nein	A9_1_3	Zahl	ja = 1, nein = 2
369	9.1.4	erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen* 9.1 = 3	■ja/Nein	A9_1_4	Zahl	ja = 1, nein = 2
370	9.1.5	erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität* 9.1 = 3	■ja/Nein	A9_1_5	Zahl	ja = 1, nein = 2
371	9.1.6	keine der genannten Folgen ist eingetreten 9.1 = 3	■ja/Nein	A9_1_6	Zahl	ja = 1, nein = 2
372	9.2 Anzahl der dokumentierten Stürze innerhalb der letzten 6 Monate		Zahl	A9_2	Zahl	0 - 999
373	9.3 Liegt ein Laufsturz vor?	■nein ■teilweise ■ja, aber das ist unproblematisch ■ja, mit Eigen- und Fremdgefährdungspotenzial	Text (EINE Option)	A9_3	Zahl	nein = 1 teilweise = 2 ja, aber das ist unproblematisch = 3 ja, mit Eigen- und Fremdgefährdungspotenzial = 4
374	9.4.1 - Einschränkungen der Sehfähigkeit, trotz Einsatz von Sehhilfen?	■0=1=2=3	Zahl (EINE Option)	A9_4_1	Zahl	0, 1, 2 oder 3
375	9.4.2 - Ängsten vor Stürzen?	■0=1=2=3	Zahl (EINE Option)	A9_4_2	Zahl	0, 1, 2 oder 3
10. Freiheitssichernde Maßnahmen						
376	10.1 Wurden bei dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen Gurtfixierungen angewendet?		■ja/Nein	A10_1	Zahl	ja = 1, nein = 2
377	10.1.1 Welche Fixierungen wurden angewendet? (Mehrfachangaben)	Handfixierung 10.1 = 2	■ja/Nein	A10_1_1	Zahl	ja = 1, nein = 2
378	10.1.2	Fußfixierung 10.1 = 2	■ja/Nein	A10_1_2	Zahl	ja = 1, nein = 2
379	10.1.3	Hüftfixierung im Bett 10.1 = 2	■ja/Nein	A10_1_3	Zahl	ja = 1, nein = 2
380	10.1.4	Hüftfixierung im Stuhl oder Rollstuhl 10.1 = 2	■ja/Nein	A10_1_4	Zahl	ja = 1, nein = 2
381	10.1.5 Wie oft wurden die Gurtfixierungen angewendet?	■täglich ■mehrmals wöchentlich ■1x wöchentlich ■seltener als 1x wöchentlich	Text (EINE Option)	A10_1_5	Zahl	täglich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 1x wöchentlich = 3 seltener als 1x wöchentlich = 4
382	10.2 Wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen mechanisch fixiert? (Beispiele: Verwendung von Bettgitter, Sitzhosen; Anlegen von Hand-, Fuß- oder Körperfesseln; Anlegen von Sitz-, Leib- oder Bauchgurten im Bett oder (Roll-)Stuhl; Anlegen von Schutzdecken, Betttüchern oder Schlafsäcken; Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll-)Stuhl; Festigung von Therapie-/Stoßstößen am (Roll-)Stuhl u.a.m.)		■ja/Nein	A10_2	Zahl	ja = 1, nein = 2
383	10.2.1 Wie oft wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen mechanisch fixiert?	■täglich ■mehrmals wöchentlich ■1x wöchentlich ■seltener als 1x wöchentlich	Text (EINE Option)	A10_2_1	Zahl	täglich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 1x wöchentlich = 3 seltener als 1x wöchentlich = 4
384	10.2.2 Hat der Bewohner der Maßnahme nach einer für ihn verständlichen Aufklärung persönlich zugestimmt?	■ja ■nein ■nein, Bewohner ist nicht zustimmungsfähig	Text (EINE Option)	A10_2_2	Zahl	ja = 1 nein = 2 nein, Bewohner ist nicht zustimmungsfähig = 3
385	10.2.3 Gab es für diese Maßnahme eine richterliche Genehmigung?	■ja ■nein ■nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt	Text (EINE Option)	A10_2_3	Zahl	ja = 1 nein = 2 nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt = 3
386	10.3 Wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen (tagsüber und/oder in der Nacht) daran gehindert sein Zimmer, den Wohnbereich oder die Einrichtung zu verlassen? (Beispiele: Schwergängige Türen, Abschließen der Zimmertür, Täuschung über vorhandene Verriegelungen an Türen; Verwendung komplizierter Schließ- bzw. Öffnungsmechanismen wie Trick- oder Zahlenschlösser; zeitweises Absperren der Eingangstür tagsüber oder nachts, ohne dass der Bewohner einen Schlüssel erhält oder das Öffnen der Tür anderweitig sichergestellt ist; gesicherte Aufzüge; Anretieren des Rollstuhls; Zurückschalten am Hausausgang durch das Personal u.a.m.)		■ja/Nein	A10_3	Zahl	ja = 1, nein = 2
387	10.3.1 Wie oft wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen (tagsüber und/oder in der Nacht) daran gehindert sein Zimmer, den Wohnbereich oder die Einrichtung zu verlassen?	■täglich ■mehrmals wöchentlich ■1x wöchentlich ■seltener als 1x wöchentlich	Text (EINE Option)	A10_3_1	Zahl	täglich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 1x wöchentlich = 3 seltener als 1x wöchentlich = 4
388	10.3.2 Hat der Bewohner der Maßnahme nach einer für ihn verständlichen Aufklärung persönlich zugestimmt?	■ja ■nein ■nein, Bewohner ist nicht zustimmungsfähig	Text (EINE Option)	A10_3_2	Zahl	ja = 1 nein = 2 nein, Bewohner ist nicht zustimmungsfähig = 3
389	10.3.3 Gab es für diese Maßnahme eine richterliche Genehmigung?	■ja ■nein ■nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt	Text (EINE Option)	A10_3_3	Zahl	ja = 1 nein = 2 nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt = 3
390	10.4 Wurden dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen sedierende Medikamente verabreicht? (Beispiele: Schlafmittel, Neuroleptika, andere Psychopharmaka)		■ja/Nein	A10_4	Zahl	ja = 1, nein = 2
391	10.4.1 Wie oft wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen medikamentös sediert?	■täglich ■mehrmals wöchentlich ■1x wöchentlich ■seltener als 1x wöchentlich	Text (EINE Option)	A10_4_1	Zahl	täglich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 1x wöchentlich = 3 seltener als 1x wöchentlich = 4
392	10.4.2 Hat der Bewohner der Maßnahme nach einer für ihn verständlichen Aufklärung persönlich zugestimmt?	■ja ■nein ■nein, Bewohner ist nicht zustimmungsfähig	Text (EINE Option)	A10_4_2	Zahl	ja = 1 nein = 2 nein, Bewohner ist nicht zustimmungsfähig = 3
393	10.4.3 Gab es für diese Maßnahme eine richterliche Genehmigung?	■ja ■nein ■nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt	Text (EINE Option)	A10_4_3	Zahl	ja = 1 nein = 2 nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt = 3
394	10.4.4 Bitte angeben:	■nein, es gibt einen medizinischen Grund	Text	A10_4_4	Text	Länge unbegrenzt
394	10.5 Besteht oder bestand in den vergangenen 4 Wochen... ... die Gefahr, dass sich die betreute Person selbst ERHEBLICHEN gesundheitlichen Schaden zufügt?	■0=1=2=3	Zahl (EINE Option)	A10_5	Zahl	0 = täglich 1 = wöchentlich 2 = monatlich und seltener 3 = nie
395	10.6 ... die Gefahr, dass sich die betreute Person selbst tötet?	■0=1=2=3	Zahl (EINE Option)	A10_6	Zahl	0 = täglich 1 = wöchentlich 2 = monatlich und seltener 3 = nie
396	10.7 ... die Notwendigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme?	■0=1=2=3	Zahl (EINE Option)	A10_7	Zahl	0 = täglich 1 = wöchentlich 2 = monatlich und seltener 3 = nie
397	10.8 ... die Gefahr, dass sich die betreute Person hinsichtlich ihrer körperlichen Fähigkeiten deutlich überschätzt?	■0=1=2=3	Zahl (EINE Option)	A10_8	Zahl	0 = täglich 1 = wöchentlich 2 = monatlich und seltener 3 = nie
11. Schmerz						
398	11.1 Liegen bei dem Bewohner Anzeichen für wiederholt auftretende Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners, Hinweise in der Pflegedokumentation, Einnahme von Analgetika oder Verhaltenweisen demenzkranker Bewohner, die auf Schmerzen hindeuten könnten)?		■ja/Nein	A11_1	Zahl	ja = 1, nein = 2
399	11.1.1 Ist im Rahmen des Schmerzmanagements sichergestellt, dass für den Bewohner eine stabile Schmerzsituation entsprechend seiner individuellen Bedarfe gewährleistet ist?	■ja ■nein ■nicht relevant	Text (EINE Option)	A11_1_1	Zahl	ja = 1 nein = 2 nicht relevant = 3
400	11.1.2 Liegt für den Bewohner eine Schmerzreinschätzung vor?		■ja/Nein	A11_2	Zahl	ja = 1, nein = 2
401	11.2.1 Wie wurde die Einschätzung durchgeführt?	■ohne Nutzung eines Instrumentes 11.2 = 2 ■mit Hilfe eines Einschätzungsinstrumentes	Text (EINE Option)	A11_2_1	Zahl	ohne Nutzung eines Instrumentes = 1 mit Hilfe eines Einschätzungsinstrumentes = 2

402	11	11.2.2	Welches Instrument wurde eingesetzt?	<ul style="list-style-type: none"> NRS (Numerische Rangskala) BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz) Assessment ohne Scorewert kein anderes 	11.2 = 2 oder 11.2.1 = 1	Text (EINE Option)	A11_2_2	Zahl		NRS (Numerische Rangskala) = 1 BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz) = 2 Assessment ohne Scorewert = 3 kein anderes = 4
403	11	11.2.3	(bitte eintragen):		11.2 = 2 oder 11.2.1 = 1 oder 11.2.2 = 1/2	Text	A11_2_3	Text		Länge unbegrenzt
404	11	11.2.4	Gab es bei der zuletzt vorgenommenen Schmerzeinschätzung Veränderungen gegenüber der davor durchgeführten Einschätzung?	ja nein	11.2 = 2	Text (EINE Option)	A11_2_4	Zahl		ja = 1 nein = 2
405	11	11.2.5	Wann wurde die LETZTE Schmerzeinschätzung durchgeführt?		11.2 = 2	Datum	A11_2_5	Datum		dd.mm.yyyy
406	11	11.2.6	Welcher Wert wurde für die LETZTE Schmerzeinschätzung dokumentiert?		11.2 = 2 oder 11.2.1 = 1 oder 11.2.2 = 1/2	Dezimalzahl	A11_2_6	Dezimalzahl		000.0
407	11	11.2.7	Wann wurde die VORLETZTE Schmerzeinschätzung durchgeführt?		11.2 = 2 oder 11.2.4 = 3	Datum	A11_2_7	Datum		dd.mm.yyyy
408	11	11.2.8	Welcher Wert wurde für die VORLETZTE Schmerzeinschätzung dokumentiert?		11.2 = 2 oder 11.2.1 = 1 oder 11.2.2 = 1/2 oder 11.2.4 = 3	Dezimalzahl	A11_2_8	Dezimalzahl		000.0
409	11	11.2.9	Würde der behandelnde Arzt über die aktuelle Schmerzeinschätzung informiert?		11.2 = 2	Text (EINE Option)	A11_2_9	Zahl		ja = 1, nein = 2
410	11	11.2.10	Wann erfolgte die Information?		11.2 = 2 oder 11.2.9 = 2	Datum	A11_2_10	Datum		dd.mm.yyyy
411	11	11.3	Ist der Bewohner in der Lage, den Umfang seiner Schmerzen selber adäquat einzuschätzen?		11.2 = 2 oder 11.2.9 = 2	Text (EINE Option)	A11_3	Zahl		ja = 1, nein = 2
12. Heimzugang										
412	12	12.1	Ist der Bewohner innerhalb der letzten 6 Monate neu in die Einrichtung eingezogen?			Text (EINE Option)	A12_1	Zahl		ja = 1, nein = 2
413	12	12.1.1	Ist nach Ablauf der 2. Woche und vor Ende der 6. Woche nach dem Heimzugang mit dem Bewohner und/oder anderen Personen ein Gespräch über sein Erleben und die zukünftige Versorgung geführt worden?		12.1 = 2	Text (EINE Option)	A12_1_1	Zahl		ja = 1, nein = 2
414	12	12.1.2	Wann wurde das Gespräch geführt?		12.1 = 2 oder 12.1.1 = 2	Datum	A12_1_2	Datum		dd.mm.yyyy
415	12	12.1.3	Wer hat an dem Integrationsgespräch teilgenommen (ohne Mitarbeiter der Einrichtung)?* (Mehrfachangaben)	Bewohner	12.1 = 2 oder 12.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A12_1_3	Zahl		ja = 1, nein = 2
416	12	12.1.4		Angehörige	12.1 = 2 oder 12.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A12_1_4	Zahl		ja = 1, nein = 2
417	12	12.1.5		Betreuer	12.1 = 2 oder 12.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A12_1_5	Zahl		ja = 1, nein = 2
418	12	12.1.6		andere Personen	12.1 = 2 oder 12.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A12_1_6	Zahl		ja = 1, nein = 2
419	12	12.1.7	Person:		12.1 = 2 oder 12.1.1 = 2 oder 12.1.6	Text	A12_1_7	Text		Länge 255
420	12	12.1.8	Würden die Ergebnisse dieses Gesprächs dokumentiert? *WICHTIG: Wählen Sie bitte nur dann „ja“ aus, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z.B. Wünsche des Bewohners oder Absprachen über das Beibehalten oder die Veränderung		12.1 = 2 oder 12.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A12_1_8	Zahl		ja = 1, nein = 2
13. Einschätzung von Verhaltensweisen										
421	13	13.1.1	Würde für den Bewohner eine Einschätzung von Verhaltensweisen mit Hilfe eines Instrumentes (Liste vorgegebener Verhaltensweisen) durchgeführt und dokumentiert?		A3_SUM < 6	Text (EINE Option)	A13_1_1	Zahl		ja = 1, nein = 2
422	13	13.1.2	Wann wurde das Instrument zuletzt eingesetzt?		A3_SUM < 6 oder 13.1.1 = 2	Datum	A13_1_2	Datum		dd.mm.yyyy
423	13	13.1.3	Welche der folgenden Verhaltensweisen berücksichtigt das verwendete Instrument? * (Mehrfachangaben)	motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	A3_SUM < 6 oder 13.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A13_1_3	Zahl		ja = 1, nein = 2
424	13	13.1.4		physisch aggressives Verhalten gegen Personen	A3_SUM < 6 oder 13.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A13_1_4	Zahl		ja = 1, nein = 2
425	13	13.1.5		verbal aggressives Verhalten	A3_SUM < 6 oder 13.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A13_1_5	Zahl		ja = 1, nein = 2
426	13	13.1.6		selbstverletzendes/selbstgefährdendes Verhalten	A3_SUM < 6 oder 13.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A13_1_6	Zahl		ja = 1, nein = 2
427	13	13.1.7		Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	A3_SUM < 6 oder 13.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A13_1_7	Zahl		ja = 1, nein = 2
428	13	13.1.8		Angustzustände	A3_SUM < 6 oder 13.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A13_1_8	Zahl		ja = 1, nein = 2
429	13	13.1.9		keine der genannten Verhaltensweisen ist berücksichtigt	A3_SUM < 6 oder 13.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A13_1_9	Zahl		ja = 1, nein = 2
430	13	13.1.10	Welche Einschätzungen sieht das Instrument zu den einzelnen Verhaltensweisen vor? (Mehrfachangaben)	Informationen darüber, ob das Verhalten vorliegt oder nicht	A3_SUM < 6 oder 13.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A13_1_10	Zahl		ja = 1, nein = 2
431	13	13.1.11		Häufigkeit des Verhaltens	A3_SUM < 6 oder 13.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A13_1_11	Zahl		ja = 1, nein = 2
432	13	13.1.12		Einschätzung dazu, ob aus dem Verhalten Unterstützungsbedarf resultiert oder nicht	A3_SUM < 6 oder 13.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A13_1_12	Zahl		ja = 1, nein = 2
433	13	13.1.13		keine der genannten Einschätzungen sind vorgesehen	A3_SUM < 6 oder 13.1.1 = 2	Text (EINE Option)	A13_1_13	Zahl		ja = 1, nein = 2
14. Blasenkontinenz										
434	14	14.1	Bitte tragen Sie das aktuelle Kontinenzprofil des Bewohners ein:	<ul style="list-style-type: none"> Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harmlverlust; Keine personelle Hilfe; Keine Hilfsmittel) Unabhängig erreichte Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harmlverlust; Keine personelle Unterstützung; Selbstständige Durchführung von Maßnahmen – ohne die selbstständige Durchführung von Maßnahmen könnte es zu unfreiwilligen Harmlverlust kommen) Abhängig erreichte Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harmlverlust; Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen – ohne personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen könnte es zu unfreiwilligen Harmlverlust kommen) Unabhängig kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harmlverlust; Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Kontinenzhilfsmitteln – Bewohner versorgt sich selbst) Abhängig kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harmlverlust; Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig) Nicht kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harmlverlust; Keine Inanspruchnahme von personeller Unterstützung und Versorgungsmaßnahmen z.B. bei Neuaufnahme, generelle Ablehnung von Maßnahmen) 		Text (EINE Option)	A14_1	Zahl		1 = Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harmlverlust; Keine personelle Hilfe; Keine Hilfsmittel) 2 = Unabhängig erreichte Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harmlverlust; Keine personelle Unterstützung; Selbstständige Durchführung von Maßnahmen – ohne die selbstständige Durchführung von Maßnahmen könnte es zu unfreiwilligen Harmlverlust kommen) 3 = Abhängig erreichte Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harmlverlust; Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen – ohne personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen könnte es zu unfreiwilligen Harmlverlust kommen) 4 = Unabhängig kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harmlverlust; Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Kontinenzhilfsmitteln – Bewohner versorgt sich selbst) 5 = Abhängig kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harmlverlust; Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig) 6 = Nicht kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harmlverlust; Keine Inanspruchnahme von personeller Unterstützung und Versorgungsmaßnahmen z.B. bei Neuaufnahme, generelle Ablehnung von Maßnahmen)
15. Mundgesundheit										
435	15	15.1	Bitte tragen Sie das aktuelle Kontinenzprofil des Bewohners ein:	ja, am nein		Text (EINE Option)	A15_1	Zahl		ja, am = 1 nein = 2
436	15	15.1.1	(Datum)		15.1 = 2	Datum	A15_1_1	Datum		dd.mm.yyyy
437	15	15.2	Oral Health Impact Profile (OHIP-GS) Der Bewohner hatte aufgrund von Problemen mit den Zähnen, im Mundbereich oder mit dem Zahnersatz in den letzten 4 Wochen ...	0=1=2=3=4		Text (EINE Option)	A15_2	Zahl		0 = nie 1 = kaum 2 = ab und zu 3 = oft 4 = sehr oft
438	15	15.3	... Schwierigkeiten beim Kaufen von Nahrungsmitteln.	0=1=2=3=4		Text (EINE Option)	A15_3	Zahl		0 = nie 1 = kaum 2 = ab und zu 3 = oft 4 = sehr oft
439	15	15.4	... schwer gefallen, seinen alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen.	0=1=2=3=4		Text (EINE Option)	A15_4	Zahl		0 = nie 1 = kaum 2 = ab und zu 3 = oft 4 = sehr oft
440	15	15.5	... Schmerzen im Gesichtsbereich.	0=1=2=3=4		Text (EINE Option)	A15_5	Zahl		0 = nie 1 = kaum 2 = ab und zu 3 = oft 4 = sehr oft
441	15	15.6	... wegen des Aussehens seiner Zähne oder seines Zahnersatzes unwohl oder unbehaglich gefühlt.	0=1=2=3=4		Text (EINE Option)	A15_6	Zahl		0 = nie 1 = kaum 2 = ab und zu 3 = oft 4 = sehr oft
16. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen										
442	16	16.1	Medikation	0=1=2=3		Text (EINE Option)	A16_1	Zahl		0 = erfüllt 1 = selbstständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbstständig
443	16	16.1.1	tgl.		16.1 = 3 (kann leer sein wenn 16.1.2 oder 16.1.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_1_1	Zahl		0-999
444	16	16.1.2	wö.		16.1 = 3 (kann leer sein wenn 16.1.1 oder 16.1.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_1_2	Zahl		0-999
445	16	16.1.3	mon.		16.1 = 3 (kann leer sein wenn 16.1.1 oder 16.1.2 einen Wert haben)	Zahl	A16_1_3	Zahl		0-999
446	16	16.2	Injektion (s.c./i.m.)	0=1=2=3		Text (EINE Option)	A16_2	Zahl		0 = erfüllt 1 = selbstständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbstständig
447	16	16.2.1	tgl.		16.2 = 3 (kann leer sein wenn 16.2.2 oder 16.2.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_2_1	Zahl		0-999
448	16	16.2.2	wö.		16.2 = 3 (kann leer sein wenn 16.2.1 oder 16.2.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_2_2	Zahl		0-999
449	16	16.2.3	mon.		16.2 = 3 (kann leer sein wenn 16.2.1 oder 16.2.2 einen Wert haben)	Zahl	A16_2_3	Zahl		0-999
450	16	16.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0=1=2=3		Text (EINE Option)	A16_3	Zahl		0 = erfüllt 1 = selbstständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbstständig
451	16	16.3.1	tgl.		16.3 = 3 (kann leer sein wenn 16.3.2 oder 16.3.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_3_1	Zahl		0-999
452	16	16.3.2	wö.		16.3 = 3 (kann leer sein wenn 16.3.1 oder 16.3.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_3_2	Zahl		0-999
453	16	16.3.3	mon.		16.3 = 3 (kann leer sein wenn 16.3.1 oder 16.3.2 einen Wert haben)	Zahl	A16_3_3	Zahl		0-999
454	16	16.4	Abgaben oder Sauerstoffgabe	0=1=2=3		Text (EINE Option)	A16_4	Zahl		0 = erfüllt 1 = selbstständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbstständig

455	16	16.4.1 tgl.	16.4 # 3 (kann leer sein wenn 16.4.2 oder 16.4.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_4_1	Zahl	0-999
456	16	16.4.2 wö.	16.4 # 3 (kann leer sein wenn 16.4.1 oder 16.4.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_4_2	Zahl	0-999
457	16	16.4.3 mon.	16.4 # 3 (kann leer sein wenn 16.4.1 oder 16.4.2 einen Wert haben)	Zahl	A16_4_3	Zahl	0-999
458	16	16.5 Einreibung, Kälte-/Wärmeanwendungen	•0*1*2*3	Zahl (EINE Option)	A16_5	Zahl	0 = entfällt 1 = selbständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbständig
459	16	16.5.1 tgl.	16.5 # 3 (kann leer sein wenn 16.5.2 oder 16.5.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_5_1	Zahl	0-999
460	16	16.5.2 wö.	16.5 # 3 (kann leer sein wenn 16.5.1 oder 16.5.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_5_2	Zahl	0-999
461	16	16.5.3 mon.	16.5 # 3 (kann leer sein wenn 16.5.1 oder 16.5.2 einen Wert haben)	Zahl	A16_5_3	Zahl	0-999
462	16	16.6 Messung und Deutung von Körperzuständen (z.B. BZ, RR etc.)	•0*1*2*3	Zahl (EINE Option)	A16_6	Zahl	0 = entfällt 1 = selbständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbständig
463	16	16.6.1 tgl.	16.6 # 3 (kann leer sein wenn 16.6.2 oder 16.6.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_6_1	Zahl	0-999
464	16	16.6.2 wö.	16.6 # 3 (kann leer sein wenn 16.6.1 oder 16.6.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_6_2	Zahl	0-999
465	16	16.6.3 mon.	16.6 # 3 (kann leer sein wenn 16.6.1 oder 16.6.2 einen Wert haben)	Zahl	A16_6_3	Zahl	0-999
466	16	16.7 Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (z.B. Prothesen, Kompressionsstrümpfe)	•0*1*2*3	Zahl (EINE Option)	A16_7	Zahl	0 = entfällt 1 = selbständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbständig
467	16	16.7.1 tgl.	16.7 # 3 (kann leer sein wenn 16.7.2 oder 16.7.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_7_1	Zahl	0-999
468	16	16.7.2 wö.	16.7 # 3 (kann leer sein wenn 16.7.1 oder 16.7.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_7_2	Zahl	0-999
469	16	16.7.3 mon.	16.7 # 3 (kann leer sein wenn 16.7.1 oder 16.7.2 einen Wert haben)	Zahl	A16_7_3	Zahl	0-999
470	16	16.8 Verbandwechsel/Wundversorgung	•0*1*2*3	Zahl (EINE Option)	A16_8	Zahl	0 = entfällt 1 = selbständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbständig
471	16	16.8.1 tgl.	16.8 # 3 (kann leer sein wenn 16.8.2 oder 16.8.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_8_1	Zahl	0-999
472	16	16.8.2 wö.	16.8 # 3 (kann leer sein wenn 16.8.1 oder 16.8.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_8_2	Zahl	0-999
473	16	16.8.3 mon.	16.8 # 3 (kann leer sein wenn 16.8.1 oder 16.8.2 einen Wert haben)	Zahl	A16_8_3	Zahl	0-999
474	16	16.9 Wundversorgung bei Stoma	•0*1*2*3	Zahl (EINE Option)	A16_9	Zahl	0 = entfällt 1 = selbständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbständig
475	16	16.9.1 tgl.	16.9 # 3 (kann leer sein wenn 16.9.2 oder 16.9.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_9_1	Zahl	0-999
476	16	16.9.2 wö.	16.9 # 3 (kann leer sein wenn 16.9.1 oder 16.9.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_9_2	Zahl	0-999
477	16	16.9.3 mon.	16.9 # 3 (kann leer sein wenn 16.9.1 oder 16.9.2 einen Wert haben)	Zahl	A16_9_3	Zahl	0-999
478	16	16.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abfuhrmethoden	•0*1*2*3	Zahl (EINE Option)	A16_10	Zahl	0 = entfällt 1 = selbständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbständig
479	16	16.10.1 tgl.	16.10 # 3 (kann leer sein wenn 16.10.2 oder 16.10.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_10_1	Zahl	0-999
480	16	16.10.2 wö.	16.10 # 3 (kann leer sein wenn 16.10.1 oder 16.10.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_10_2	Zahl	0-999
481	16	16.10.3 mon.	16.10 # 3 (kann leer sein wenn 16.10.1 oder 16.10.2 einen Wert haben)	Zahl	A16_10_3	Zahl	0-999
482	16	16.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (z.B. Bewegungstübungen, Atemgymnastik)	•0*1*2*3	Zahl (EINE Option)	A16_11	Zahl	0 = entfällt 1 = selbständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbständig
483	16	16.11.1 tgl.	16.11 # 3 (kann leer sein wenn 16.11.2 oder 16.11.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_11_1	Zahl	0-999
484	16	16.11.2 wö.	16.11 # 3 (kann leer sein wenn 16.11.1 oder 16.11.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_11_2	Zahl	0-999
485	16	16.11.3 mon.	16.11 # 3 (kann leer sein wenn 16.11.1 oder 16.11.2 einen Wert haben)	Zahl	A16_11_3	Zahl	0-999
486	16	16.12 Zeitlich ausgedehnte techniksintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung (wie Hämodialyse)	•0*1*2*3	Zahl (EINE Option)	A16_12	Zahl	0 = entfällt 1 = selbständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbständig
487	16	16.12.1 tgl.	16.12 # 3 (kann leer sein wenn 16.12.2 oder 16.12.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_12_1	Zahl	0-999
488	16	16.12.2 wö.	16.12 # 3 (kann leer sein wenn 16.12.1 oder 16.12.3 einen Wert haben)	Zahl	A16_12_2	Zahl	0-999
489	16	16.12.3 mon.	16.12 # 3 (kann leer sein wenn 16.12.1 oder 16.12.2 einen Wert haben)	Zahl	A16_12_3	Zahl	0-999
490	16	16.13 Arztbesuche	•0*1*2*3	Zahl (EINE Option)	A16_13	Zahl	0 = entfällt 1 = selbständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbständig
491	16	16.13.1 wö.	16.13 # 3 (kann leer sein wenn 16.13.2 einen Wert hat)	Zahl	A16_13_1	Zahl	0-999
492	16	16.13.2 mon.	16.13 # 3 (kann leer sein wenn 16.13.1 einen Wert hat)	Zahl	A16_13_2	Zahl	0-999
493	16	16.14 Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	•0*1*2*3	Zahl (EINE Option)	A16_14	Zahl	0 = entfällt 1 = selbständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbständig
494	16	16.14.1 wö.	16.14 # 3 (kann leer sein wenn 16.14.2 einen Wert hat)	Zahl	A16_14_1	Zahl	0-999
495	16	16.14.2 mon.	16.14 # 3 (kann leer sein wenn 16.14.1 einen Wert hat)	Zahl	A16_14_2	Zahl	0-999
496	16	16.15 Zeitlich ausgedehnter Besuch med./therap. Einrichtungen (länger als 3 Std.)	•0*1*2*3	Zahl (EINE Option)	A16_15	Zahl	0 = entfällt 1 = selbständig 2 = nur vorübergehend (< 6 Mon) 3 = unselbständig
497	16	16.15.1 wö.	16.15 # 3 (kann leer sein wenn 16.15.2 einen Wert hat)	Zahl	A16_15_1	Zahl	0-999
498	16	16.15.2 mon.	16.15 # 3 (kann leer sein wenn 16.15.1 einen Wert hat)	Zahl	A16_15_2	Zahl	0-999
499	16	16.16 Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften, und zwar:	•entfällt/nicht erforderlich #selbständig #überwiegend selbständig (bei gelegentlicher Einweisung/Anleitung) #überwiegend unselbständig (benötigt meistens Anleitung) #unselbständig (benötigt immer Anleitung)	Text (EINE Option)	A16_16	Zahl	0 = entfällt/nicht erforderlich 1 = selbständig 2 = überwiegend selbständig (bei gelegentlicher Einweisung/Anleitung) 3 = überwiegend unselbständig (benötigt meistens Anleitung) 4 = unselbständig (benötigt immer Anleitung)

04 Datenschutzkonzept

Datenschutzkonzept

zum Projekt

Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)

Uni Bremen Campus GmbH (UBC)

UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung

UBC- Zentrum für Sozialpolitik

Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb)

Bremen, Januar 2016

Inhaltsverzeichnis

1	Übersicht der Ansprechpartner	3
2	Projektleitung und Verantwortliche	4
3	Hintergrund und Ziele der Studie	4
3.1	Stand der Forschung.....	5
3.2	Ziele und Fragestellungen der Untersuchung	6
4	Studientyp und Studienverlauf.....	9
4.1	Arbeitspaket 1: Konferenzen	11
4.2	Arbeitspaket 2: Bewertung der Qualitätsindikatoren	12
4.3	Arbeitspaket 3: Risikoadjustierung	14
4.4	Arbeitspaket 4: Voraussetzungen und Aufwandsschätzung.....	14
4.5	Arbeitspaket 5: Plausibilitätsprüfungen.....	15
4.6	Arbeitspaket 6: Vorbereitung des Einsatzes der Indikatoren im Rahmen externer Qualitätsprüfungen.....	15
4.7	Arbeitspaket 7: Aufbau und Einsatz einer EDV-gestützten Datenerfassung	16
4.8	Arbeitspaket 8: Pre-Test.....	17
4.9	Arbeitspaket 9: Einrichtungsakquise.....	18
4.10	Arbeitspaket 10: Datenerhebung.....	19
4.11	Arbeitspaket 11: Datenauswertung.....	21
4.12	Arbeitspaket 12: Verbraucherfreundliche Darstellung der Ergebnisse	22
4.13	Arbeitspaket 13: Rechtliche Bewertung	22
5	Datengeheimnis	22
6	Datenerhebung und Auswertung	23
6.1	Ablauf der Datenerhebung.....	23
6.2	Erhebungsinstrumente und Datenbanken.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
6.3	Dokumentation und Pseudonymisierung	24
6.4	Datensicherung und -übertragung	25
6.5	Kontaktaufnahme, Information und Einverständnis	26
7	Datenschutzvorkehrungen	27
7.1	Datenschutzvorkehrungen in den teilnehmenden Einrichtungen	27
7.2	Datenschutzvorkehrungen im KKSb	27
7.3	Kontrolle durch die Datenschutzbeauftragte	28
	Literaturverzeichnis.....	29

1 Übersicht der Ansprechpartner

Projektleitung:

Prof. Dr. Stefan Görres (UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung)

Prof. Dr. Heinz Rothgang (UBC- Zentrum für Sozialpolitik)

Studienteam:

Mathias Fünfstück, M.Sc. Pflegewissenschaft, Dipl. Pflegewirt (FH) (UBC)

Sina Siltmann, M.A. Sozialpolitik (UBC)

Dr. rer. nat. Sylvia Schmidt, Dipl. Wirtschaftsmathematikerin (KKSB)

Dr. P.H. Claudia Stolle, Dipl. Pflegewirtin (FH) (IPP)

Kathrin Seibert, B.A. Pflegewissenschaft (IPP)

Kontaktadressen:

Institut für Public Health und Pflegeforschung

Grazer Str. 4

28359 Bremen

Tel.: +49 (0)421 218-68900

E-Mail: sgoerres@uni-bremen.de

Zentrum für Sozialpolitik

Mary-Somerville-Straße 5

28359 Bremen

Tel.: +49 (0)421 218-58557

E-Mail: rothgang@zes.uni-bremen.de

Datenmanagement:

Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB) – Abteilung Biometrie

Prof. Dr. Werner Brannath

Linzer Straße 4

28359 Bremen

Tel.: +49 (0) 421-218-63790

brannath@math.uni-bremen.de

Kooperationspartner:

Prof. Dr. rer. medic. Martina Hasseler

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen

Schwerpunkt Gerontologische Pflege / Gesundheitswissenschaften

Rothenfelder Str. 10

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 8922 23250

E-Mail: m.hasseler@ostfalia.de

Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR)

Leiter Prof. Dr. Benedikt Buchner

Universitätsallee, GW1

28359 Bremen

Tel.: 0421 218-66040

2 Projektleitung und Verantwortliche

Die Studie wird von der Uni Bremen Campus GmbH (UBC) in Kooperation mit dem UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung, dem UBC- Zentrum für Sozialpolitik und dem Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB) Abteilung Biometrie an der Universität Bremen durchgeführt. Darüber hinaus wird mit Frau Prof. Dr. Martina Hasseler (Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen und Herrn Prof. Dr. Benedikt Buchner (Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht) kooperiert. Prof. Dr. Stefan Görres aus UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung (Projektleiter) und Prof. Dr. Heinz Rothgang aus UBC- Zentrum für Sozialpolitik (Projektleiter) sind für das Projekt MoPIP verantwortlich.

Auftraggeber der Studie sind die Vertragspartner nach § 113 SGB XI, welche durch den Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen (GKV-S) vertreten werden.

3 Hintergrund und Ziele der Studie

Qualitätsindikatoren rücken national und international zunehmend in den Focus, um Qualität in der Pflege zu beurteilen. In Deutschland liegen bisher nur wenige Erfahrungen mit Indikatoren vor. Im Auftrag der Vertragspartner in der Pflege nach § 113 SGB XI sollen daher die Qualitätsindikatoren, die im Rahmen des Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (Wingenfeld et al. 2011) im Auftrag der beiden Bundesministerien für Gesundheit und Familie, Senioren, Frauen und Jugend wissenschaftlich entwickelt und praktisch erprobt worden sind, nun hinsichtlich ihrer Eignung und Reichweite geprüft werden. Im Rahmen einer modellhaften Pilotierung sollen 15 gesundheitsbezogene Indikatoren für Ergebnisqualität in der stationären Pflege umgesetzt werden.

Anhand der modellhafte Pilotierung soll das entwickelte Indikatorenset hinsichtlich Praktikabilität und Durchführbarkeit in Bezug auf eine regelhafte, bundesweite Einführung in allen stationären Pflegeeinrichtungen sowie auf gesetzliche Anforderungen in Bezug auf eine Umstellung der Qualitätsberichterstattung untersucht und bewertet werden. Konkret ist aufzeigen,

- welche Voraussetzungen in den Pflegeeinrichtungen zur Übernahme des neuen Systems vorhanden sein müssen,
- welche Erkenntnisse sich für die Maßstäbe und Grundsätze ergeben,
- wie eine Datenvalidierung/Plausibilitätskontrolle ausgestaltet werden kann,
- ob im Rahmen der externen Qualitätsprüfung nach §114 ff SGB XI auch die Ergebnisse der Erhebungen der Indikatoren überprüft werden können,
- ob auf der Grundlage der Ergebnisse aus einrichtungsinternen Erhebungen eine Bescheiderteilung nach § 115 Abs. 2 SGB XI möglich ist,
- wie eine verbraucherfreundliche (verständliche, übersichtliche, vergleichbare) Darstellung der Ergebnisse ausgestaltet sein sollte.
- Ergeben sich im Rahmen der Pilotierung Weiterentwicklungsbedarfe an den Indikatoren, sollen hierzu Empfehlungen ausgesprochen werden.

Das Projekt hat eine Laufzeit von 21 Monaten und beinhaltet eine modellhafte Umsetzung in den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Hessen. Es sollen insgesamt ca. 3.000 Pflegebedürftige für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden, so dass für die Auswertung ein Datensatz von mindestens 2.000 gültigen Fällen vorhanden ist. Die Rekrutierungsphase von Einrichtungen beginnt im Juni 2015, die Feldphase im Februar 2016, welche im Oktober 2016 endet. Auf Grundlage der Projektergebnisse sollen die Details zu Anforderungen an das indikatorengestützte Verfahren mit den Vertragspartnern nach § 113 SGB XI vereinbart werden.

3.1 Stand der Forschung

Im SGB XI wurde durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz im Jahr 2012 bestimmt, dass Anforderungen „an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich“ zu regeln sind und diese „auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung“ ermöglichen sollen (§ 113 Abs. 1 Nr. 4 SGB XI). Mit dem 2011 vorgelegten Abschlussbericht „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Ergebnisqualität in der stationären Pflege“ schafften Wingenfeld et al. die Voraussetzungen für die Etablierung eines indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege.

Das Vorhandensein von Indikatoren ist grundlegende Voraussetzung zur systematischen Erfassung und Darstellung der Ergebnisqualität. Sie stellen messbare Parameter dar (Büscher et al. 2014), sind für die unterschiedlichsten Vorgänge einsetzbar und zeigen die positiven als auch negativen Veränderung an (Katz et al. 1996). Qualitätsindikatoren sind somit Marker zur Anzeige des Vorliegens und des Grades der Qualität der geleisteten pflegerischen Versorgung. Sie zielen auf die Identifikation klinischer Bereiche ab, welche sich durch Verbesserungen der Pflegeprozesse positiv verändern und die Performanz individueller Leistungserbringer definieren (Frijters et al. 2013, S. 1; Hasseler et al. 2013).

Die systematische Abbildung und Messung von Pflegequalität ist jedoch dadurch erschwert, dass bislang kein einheitliches Verständnis von Versorgungs- bzw. Pflegeergebnissen und ihrer Qualität vorliegt (Wingenfeld et al. 2011, S. 12; Görres et al. 2012). Dies betrifft insbesondere pflegesensitive Outcomeparameter. Weiter existiert bislang kein getestetes (valides) Instrument zur Messung dieser Qualität. International wird überwiegend das Minimum Data Set (MDS) bzw. RAI (InterRAI LongTerm Care Facility Instrument) zur Messung und Abbildung der Qualität der geleisteten Pflege eingesetzt. Auch hier ist für das RAI MDS 2.0 die Datenlage nicht ganz eindeutig, bezogen auf die tatsächliche Messung der Performanz (Estabrooks et al. 2013).

In Deutschland wurde mit dem beschriebenen Hintergrund durch Wingenfeld et al. (2011) ein erstes Instrument entwickelt. Dieses stellt die Grundlage der hier beschriebenen Studie dar. Sie zielt darauf ab, das Instrument hinsichtlich seiner Praktikabilität als auch Durchführbarkeit zu untersuchen. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf einer zukünftigen regelhaften Einführung in den stationären Pflegeeinrichtungen und die damit verbundenen gesetzlichen Anforderungen. Die Bewertung des Qualitätsindikatorenssets erfolgt durch modellhafte Implementierungen in den verschiedenen Pflegeeinrichtungen.

3.2 Ziele und Fragestellungen der Untersuchung

Die Untersuchung verfolgt das Ziel, die von Wingenfeld et al. (2011) zur Anwendung empfohlenen 15 gesundheitsbezogenen Indikatoren modellhaft zu pilotieren. Damit soll ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich ermöglicht werden. Dies erfolgt auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sowie einer Qualitätsberichterstattung und einer externen Qualitätsprüfung (siehe Pflege-Neuausrichtungsgesetz).

Bei der Erprobung der Qualitätsindikatoren sind drei Dimensionen zu überprüfen: Validität, Reliabilität und Praktikabilität. Bezüglich der Validität ist zu prüfen, ob die Indikatoren ein präzises Abbild des Konstruktes „Ergebnis-Qualität“ darstellen. Eine Herausforderung ist darin zu sehen, dass es keinen anerkannten „Goldstandard“ gibt, gegen den die Indikatoren getestet werden können. Hinsichtlich der Reliabilität ist insbesondere zu untersuchen, ob die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren replizierbar sind, also ob zwei (oder mehrere) Anwender bei Nutzung der Indikatoren zu einem übereinstimmenden Ergebnis kommen (Interrater-Reliabilität) und ob die Einschätzungen stabil sind und nicht von zufälligen Einflüssen zu stark verzerrt werden, was sich darin spiegeln würde, dass auch in kurzem Abstand vorgenommene Wiederholungseinschätzungen zu einem anderen Ergebnis führen. Letztlich wird hier also die Eindeutigkeit der Indikatoren abgeprüft. Schließlich sind hinsichtlich der Praktikabilität und Durchführbarkeit im Hinblick auf eine Übernahme des Verfahrens in den Regelbetrieb Fragestellungen im Sinne des Auftraggebers zu untersuchen.

Forschungsfragen und damit verbundenes Vorgehen der Datenerhebung:

1. Welche Voraussetzungen müssen in den Pflegeeinrichtungen zur Übernahme des neuen Systems vorhanden sein?

Datenerhebung:

- EDV-gestützte Erfassung von einrichtungsbezogenen Daten mittels Datenblatt
- EDV-gestützte Erfassung von bewohnerbezogenen Daten zu den jeweiligen Indikatoren des Qualitätsindikatorensatzes nach Wingenfeld et al. (2011) mittels Eingabetool an einem mobilen PC
- Mündliche Befragung der Pflegenden und Einrichtungsleitungen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen anhand eines strukturierten Interviewleitfadens

2. Welche Erkenntnisse lassen sich aus der Pilotierung des Verfahrens für die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI ableiten?

Datenerhebung:

- EDV-gestützte Erfassung von einrichtungsbezogenen Daten mittels Datenblatt
- EDV-gestützte Erfassung von bewohnerbezogenen Daten zu den jeweiligen Indikatoren des Qualitätsindikatorensatzes nach Wingenfeld et al. (2011) mittels Eingabetool an einem mobilen PC

- Mündliche Befragung von MDK-Mitarbeitern mittels Gruppeninterviews im Rahmen eines MDK-Workshops

3. Welche Möglichkeiten stehen zur Verfügung, um die Validität und Plausibilität der durch das Verfahren erhobenen Daten zu überprüfen und zu kontrollieren?

Datenerhebung:

- EDV-gestützte Erfassung von einrichtungsbezogenen Daten mittels Datenblatt
- EDV-gestützte Erfassung von bewohnerbezogenen Daten zu den jeweiligen Indikatoren des Qualitätsindikatorensets nach Wingenfeld et al. (2011) mittels Eingabetool an einem mobilen PC
- Mündliche Befragung der Pflegenden und Einrichtungsleitungen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen anhand eines strukturierten Interviewleitfadens
- Mündliche Befragung von MDK-Mitarbeitern mittels Gruppeninterviews im Rahmen eines MDK-Workshops

4. Inwieweit eignen sich die Ergebnisse der Erhebungen der Indikatoren für eine Überprüfung im Rahmen der externen Qualitätsprüfung nach § 114 ff SGB XI?

Datenerhebung:

- Mündliche Befragung von MDK-Mitarbeitern mittels Gruppeninterviews im Rahmen eines MDK-Workshops

5. Ist eine Bescheiderteilung nach § 115 Abs. 2 SGB XI auf der Grundlage der Ergebnisse aus einrichtungsinternen Erhebungen im Rahmen des vereinbarten indikatorengestützten Verfahrens möglich?

Datenerhebung:

- Erstellung einer Expertise über Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht (Prof. Dr. Benedikt Buchner)
- Mündliche Befragung von MDK-Mitarbeitern mittels Gruppeninterviews im Rahmen eines MDK-Workshops

6. Wie lassen sich die Ergebnisse in einer verbraucherfreundlichen (verständlichen, übersichtlichen, vergleichbaren) Darstellung am geeignetsten zusammenfassen?

Datenerhebung:

- Befragung von Bewohnern (Heimbeiratsmitglieder) mit Anfertigungen von Gedächtnisprotokollen
- Befragung von Mitgliedern in Seniorenvereinen mit Anfertigungen von Gedächtnisprotokollen

Für die Bearbeitung der Aufgabenstellung und zur Beantwortung der Fragen sind mehrere Bearbeitungsschritte notwendig, die in zum Teil aufeinander aufbauende Arbeitspakete zusammengefasst sind. Die Zuordnung der Arbeitspakete zu den jeweiligen Fragen sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Aufgabenstellung/Fragen	Arbeitspaket
1. Bewertung des bestehenden Indikatorensets nach QUALIFY	2 Indikatorenbewertung
2. Aufbau einer statistischen Risikoadjustierung	3 Risikoadjustierung
3. Berücksichtigung bisheriger Erfahrungen aus anderen Projekten	1 Konferenzen organisieren und durchführen
4. Überarbeitung des bestehenden Instrumentariums	7 Aufbau und Einsatz einer EDV-gestützten Datenerfassung
5. Durchführung eines Pre-Tests	8 Pre-Test
6. Gewinnung von Einrichtungen zur Teilnahme an der Studie	9 Einrichtungsakquise
7. Durchführung der Datenerhebung zu verschiedenen Zeitpunkten	10 Datenerhebung
8. Auswertung der Datenerhebung	11 Datenauswertung
9. Welche Voraussetzungen müssen in den Pflegeeinrichtungen zur Übernahme des neuen Systems vorhanden sein?	4 Voraussetzungen und Aufwand 11 Datenauswertung
10. Welche Erkenntnisse lassen sich aus der Pilotierung des Verfahrens für die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI ableiten?	11 Datenauswertung
11. Welche Möglichkeiten stehen zur Verfügung, um die Validität und Plausibilität der durch das Verfahren erhobenen Daten zu überprüfen und zu kontrollieren?	5 Plausibilitätsprüfungen 11 Datenauswertung
12. Inwieweit eignen sich die Ergebnisse der Erhebungen der Indikatoren für eine Überprüfung im Rahmen der externen Qualitätsprüfung nach § 114 ff SGB XI?	6 Vorbereitung des Einsatzes der Indikatoren innerhalb externen Qualitätsprüfungen 11 Datenauswertung
13. Wie lassen sich die Ergebnisse in einer verbraucherfreundlichen (verständlichen, übersichtlichen, vergleichbaren) Darstellung am geeignetsten zusammenfassen?	12 Verbraucherfreundliche Darstellung der Ergebnisse
14. Ist eine Bescheiderteilung nach § 115 Abs. 2 SGB XI (...) möglich?	13 Rechtliche Bewertung

Tabelle 1: Zuordnung der Arbeitspakete zu den jeweiligen Aufgaben und Fragen der modellhaften Pilotierung

4 Studientyp und Studienverlauf

Derzeit liegt international kein valides Instrument zur Bestimmung von Pflegequalität vor, so dass zur Messung von pflegerischer Ergebnisqualität kein ‚Goldstandard‘ existiert. Aus diesem Grund wurde die Studie als Verlaufs- und Beobachtungsstudie konzipiert, die sich über drei Studienphasen erstreckt. In der Phase I wird das bestehende Erhebungsinstrumentarium von Wingensfeld et al. (2011) bewertet und wenn notwendig, die jeweiligen Indikatoren justiert, ggf. ergänzt. In der Phase I wird das zusammengestellte Instrumentarium einem Pre-Test unterzogen (siehe Abbildung 1). Die Erhebung der Qualitätsindikatoren nach Wingensfeld sieht vor, dass für einige Qualitätsindikatoren das Ergebnis der Einwicklung über einen Zeitraum von 6 Monate beurteilt wird. Daher wurden die Datenerhebungen in der Phase II zweimal eingeplant. Insgesamt erstreckt sich die Datenerhebung über einen Zeitraum von 9 Monaten. Mit der Phase III wird bereits nach der ersten Datenerhebung begonnen, um die Ergebnisse der ersten Erhebung auszuwerten (für die Indikatoren, die keinen 6-monatigen Beurteilungszeitraum benötigen) und die notwendige statistisch kontrollierte Risikoadjustierung aufzubauen.

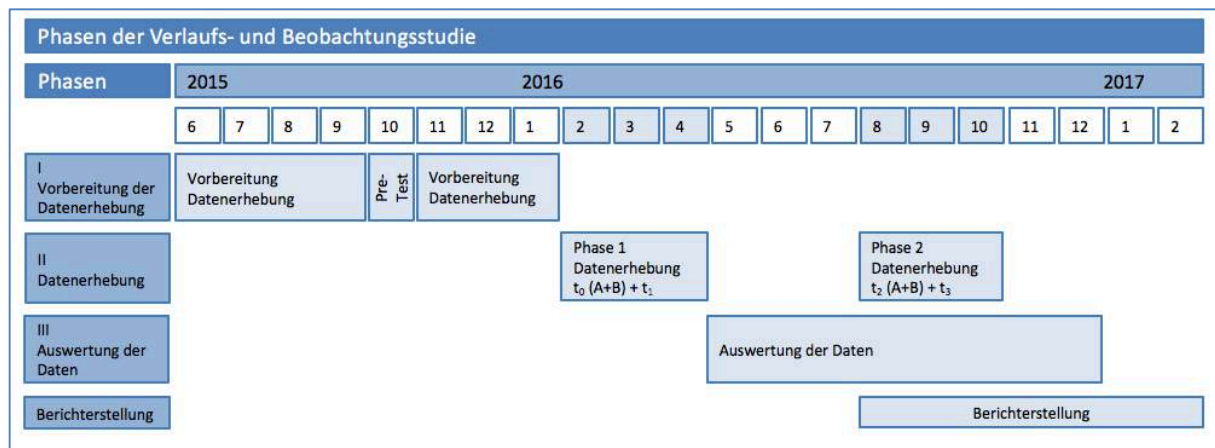


Abbildung 1: Phasen der Verlaufs- und Beobachtungsstudie

Für die Umsetzung der einzelnen Projektphasen sind mehrere Arbeitsschritte notwendig, die in Arbeitspakete gebündelt sind. Eine Übersicht zu den zusammengestellten Arbeitspaketen gibt die nachfolgende Tabelle. Eine Beschreibung der jeweiligen Arbeitspakete enthält der nächste Abschnitt.

Projektphasen	Arbeitspakete
Phase I Vorbereitung der Datenerhebung	<ol style="list-style-type: none"> 1 Konferenzen organisieren und durchführen 2 Indikatorenbewertung 3 Risikoadjustierung 7 Aufbau und Einsatz einer EDV-gestützten Datenerfassung 8 Pre-Test 9 Einrichtungsakquise

Phase II Durchführung der Datenerhebung	10 Datenerhebung Indikatoren 4 Interviews zu den Voraussetzungen und Aufwand 5 Plausibilitätsprüfungen
Phase III Auswertung der Daten	11 Datenauswertung Indikatoren 4 Voraussetzungen und Aufwand 5 Plausibilitätsprüfungen
Parallele Arbeitspakete	6 Vorbereitung des Einsatzes der Indikatoren innerhalb externen Qualitätsprüfungen 12 Verbraucherfreundliche Darstellung der Ergebnisse 13 Rechtliche Bewertung

Tabelle 2: Die Arbeitsschritte in den jeweiligen Projektphasen

Der zeitliche Verlauf der Gesamtstudie mit den jeweiligen Arbeitsschritten ist in der Abbildung 2 dargestellt. Anschließend werden die jeweiligen Arbeitspakete erläutert.

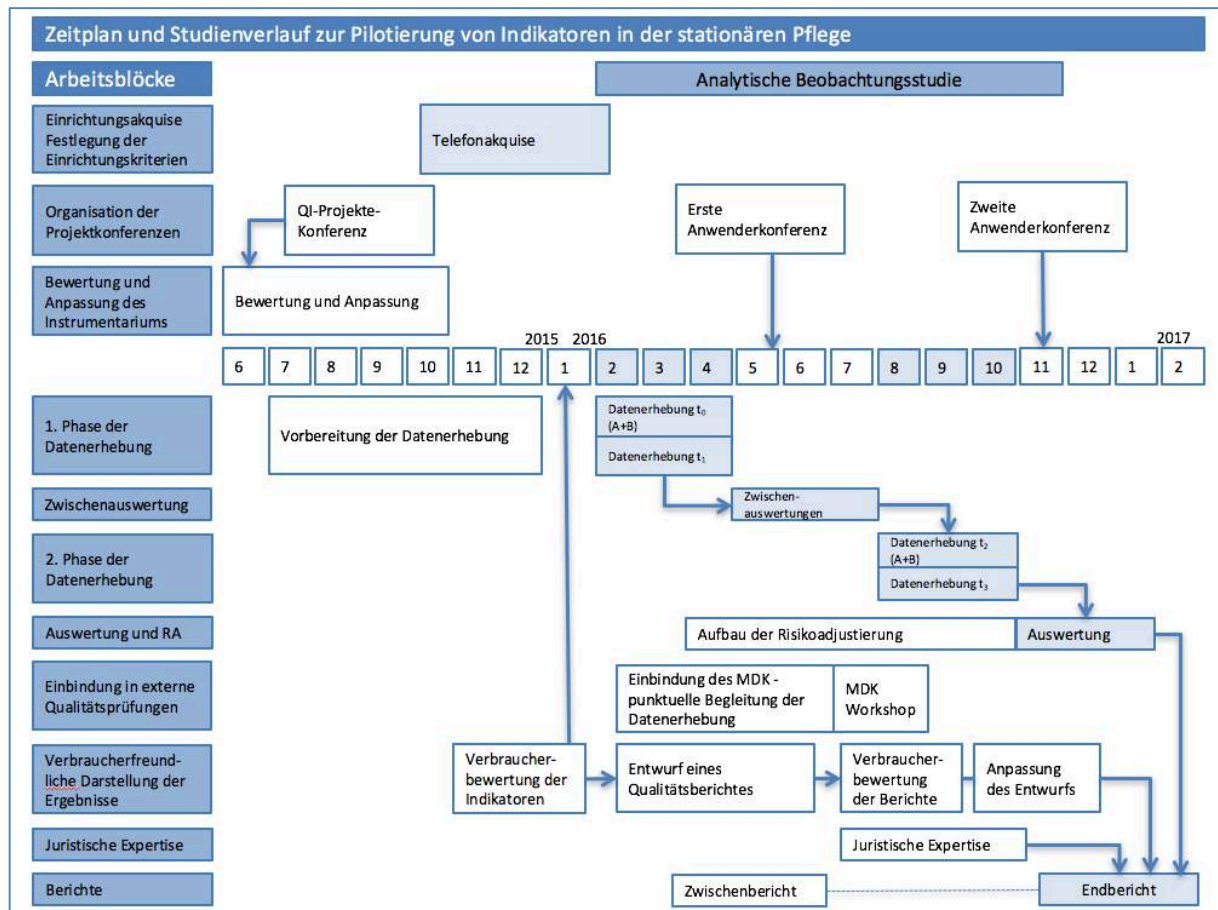


Abbildung 2: Zeitplanung der Studie Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)

4.1 Arbeitspaket 1: Konferenzen

Konferenz zu bisherigen Projekterfahrungen

Die Studie beruht auf dem Indikatorenset, welches von Wingenfeld et al. (2011) entwickelt und in 46 Einrichtungen erprobt worden ist. Aus dem Bundesprojekt "Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe" entstanden im Anschluss zwei weitere Projekte:

- EQisA ("Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe", DiCV Köln) und
- EQMS ("Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster", DiCV Münster)

Somit liegen inzwischen Erfahrungen aus drei Projekten vor. Die Erfahrungen des Forscherteams um Wingenfeld und die Erfahrungen aus den Folgeprojekten sollen in die modellhafte Pilotierung einbezogen werden, insbesondere jene, die noch nicht in öffentlich zugänglichen Publikationen nachzulesen sind. Hierzu wird ein konstruktiver Austausch angestrebt, der im Rahmen von zwei Konferenzen stattfinden soll. Die erste Konferenz dient dem Informationsaustausch, um die beiden Teams auf einen aktuellen Informationsstand zu bringen. In der zweiten Konferenz sollen erste Entwicklungen präsentiert, gemeinsam reflektiert und Chancen sowie Risiken beleuchtet werden. Es geht darum, die Erfahrungen des Projektteams um Wingenfeld derart einzubeziehen, dass Herausforderungen rechtzeitig erkannt und berücksichtigt werden können.

Ergebniskonferenzen mit den teilnehmenden Einrichtungen

Im Rahmen der Pilotierung erfolgt ein prozessbegleitender Austausch zwischen den teilnehmenden Einrichtungen in Form von Anwenderkonferenzen (insgesamt zwei Konferenzen), die durch Mitglieder des Studienteams veranstaltet und moderiert werden. Die Pflegeeinrichtungen haben hier die Möglichkeit zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch hinsichtlich der Datenerhebung.

Im Sinne eines Benchmarkings erhalten die Einrichtungen jeweils nach der ersten und zweiten Datenerhebung die Gelegenheit, ihre Ergebnisse für das interne Qualitätsmanagement direkt mit anderen teilnehmenden Einrichtungen anonymisiert zu vergleichen und zu nutzen. Damit soll ein Beitrag zur Verbesserung der Ergebnisqualität geleistet werden. Zur Orientierung dient den Einrichtungen hier der Mittelwert und Median, der Interquartilsabstand sowie die Darstellung der Datenstreuung mittels Standardabweichung. Auf den Anwenderkonferenzen sollen die zu pilotierenden Indikatoren mit den teilnehmenden Einrichtungen diskutiert werden. Auf Ebene der Heim- und Pflegedienstleitungen sowie auf Ebene des direkt an der pflegerischen Versorgung beteiligten Personals werden die Ergebnisse der jeweiligen Erhebung sowie die erhobenen Indikatoren im Hinblick auf Beeinflussbarkeit, Relevanz, Messbarkeit Praktikabilität und Interpretierbarkeit überprüft. Ziel ist hierbei die Initiierung und Begleitung von Qualitätsentwicklungsprozessen auf Grundlage der Ergebnisse der Erhebung. Das Studienteam steht hierzu im Kontakt mit den Einrichtungen und wird die Pflegeeinrichtungen begleiten.

4.2 Arbeitspaket 2: Bewertung der Qualitätsindikatoren

Die zu pilotierenden Indikatoren sollen hinsichtlich ihrer Plausibilität mittels QUALIFY (Instrument for the Assessment of Quality Indicators) (Reiter et al. 2007) systematisch nach wissenschaftlichen Kriterien bewertet werden. Im Fokus der Betrachtung soll insbesondere die Überprüfung der Eignung der definierten Indikatoren zur Abbildung tatsächlicher Ergebnisqualität pflegerischer Arbeit liegen. Mit Hilfe von QUALIFY und durch eine fachliche und pflegewissenschaftliche Beurteilung (Kooperation mit Prof. Dr. Martina Hasseler) soll herausgearbeitet werden, ob je nach Bewertungsergebnis der jeweilige Indikator unverändert bestehen oder weiterentwickelt werden soll, mit entsprechender Anpassung des Erhebungsmaterials. Grundlage für die Bewertung sind das Indikatorenset (siehe Abbildung 1), das Erhebungsinstrument und das Schulungsmaterial in Wingefeld et al. (2011). Das Bewertungsteam setzt sich aus vier Pflegewissenschaftlern zusammen (2 Pflegewissenschaftler aus dem Projektteam, 2 externe Pflegewissenschaftler). Zusätzlich werden Seniorenvertreter aus Bremen einbezogen.

Wingefeld-Indikatoren mit Zuordnung zum Erhebungsinstrumentarium				
Qualitätsindikator		Erhebung	Risikogruppe (RG)	Erhebung
Mobilität	Erhalt oder -verbesserung	Modul 2	RG A - keine / geringe kognitive Einbußen	Modul 3
	Erhalt oder -verbesserung		RG B - erhebliche kognitive Einbußen	
Selbstständigkeit	Erhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen	Modul 6	RG A - keine / geringe kognitive Einbußen	Modul 3
	Erhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen		RG B - erhebliche kognitive Einbußen	
Selbstständigkeit	Erhalt oder -verbesserung des Alltagslebens	Modul 4		
Dekubitus	Entstehung	Modul 7	RG C - geringes Dekubitusrisiko	Modul 2 (Item 2.1)
	Entstehung		RG D - hohes Dekubitusrisiko	
Sturzfolgen	Mit gravierenden Folgen	Modul 9	RG A - keine / geringe kognitive Einbußen	Modul 3
	Mit gravierenden Folgen		RG B - erhebliche kognitive Einbußen	
Gewicht	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust	Modul 8	RG A - keine / geringe kognitive Einbußen	Modul 3
	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust		RG B - erhebliche kognitive Einbußen	
Integration	Integrationsgespräch nach dem Heimeinzug	Modul 12		
Freiheitsentzug	Einsatz von Gurtfixierungen	Modul 10		
Verhaltensauffälligkeit	Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten	Modul 5; 13		
Schmerz	Schmerzmanagement	Modul 11		

Abbildung 3: Übersicht zu den gesundheitsbezogenen Qualitätsindikatoren und deren Zuordnung im Erhebungsinstrumentarium nach Wingefeld et al. (2011)

Dieser Schritt ist notwendig, da beispielsweise nicht alle von Wingefeld et al. (2011) benannten Indikatoren Ergebnisindikatoren (das Integrationsgespräch, der Einsatz von Gurtfixierungen, Einschätzungen von Verhaltensauffälligkeiten, Schmerzmanagement bzw. die Schmerzeinschätzung) sind (siehe Tabelle 1). Hier muss im Einzelnen geprüft werden, ob der jeweilige Indikator als Prozessindikator im Set verbleibt oder zu einem Ergebnisindikator weiterentwickelt werden muss. In diesem Arbeitsschritt geht es ausschließlich um die ggf. notwendige Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung von Indikatoren, nicht um die Schaffung von neuen Indikatoren.

Indikator	Art des Indikators	Risikoadjustierung / Operationalisierung ¹
1.1 Mobilitätserhalt oder -verbesserung (keine/geringe kognitive Einbußen)	Ergebnisindikator	Systematische Risikoadjustierung fehlt;
1.2 Mobilitätserhalt oder -verbesserung (mind. erhebliche kognitive Einbußen)	Ergebnisindikator	Systematische Risikoadjustierung fehlt; nicht ausreichend operationalisiert;
1.3 Selbstständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen (keine/geringe kognitive Einbußen)	Ergebnisindikator	Systematische Risikoadjustierung; nicht ausreichend operationalisiert
1.4 Selbstständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen (mind. erhebliche kognitive Einbußen)	Ergebnisindikator	Systematische Risikoadjustierung; nicht ausreichend operationalisiert
1.5 Selbstständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Ergebnisindikator	nicht ausreichend operationalisiert;
2.1 Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko	Ergebnisindikator	Risikoadjustierung fehlt; Definition Personen mit niedrigem Risiko fehlt;
2.2 Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko	Ergebnisindikator	Risikoadjustierung fehlt; Definition Personen mit hohem Risiko fehlt;
2.3 Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen	Ergebnisindikator	Risikoadjustierung fehlt; wird nur durch Dokumentation erhoben;
2.4 Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen	Ergebnisindikator	Risikoadjustierung fehlt; wird nur durch Dokumentation erhoben;
2.5 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen	Ergebnisindikator	Risikoadjustierung fehlt; nicht ausreichend operationalisiert; Einschätzung hängt derzeit vom Wissen der Rater ab; es sind bestimmte Personengruppen unbegründet ausgeschlossen;
2.6 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen	Ergebnisindikator	Risikoadjustierung fehlt; nicht ausreichend operationalisiert; Einschätzung hängt derzeit vom Wissen der Rater ab; es sind bestimmte Personengruppen unbegründet ausgeschlossen;
3.1 Integrationsgespräch nach dem Heimeinzug	Prozessindikator	
3.2 Einsatz von Gurtfixierungen	Prozessindikator	
3.3 Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen	Prozessindikator	
3.4 Schmerzmanagement	Prozessindikator	

Tabelle 3: Vorläufige Einschätzung der gesundheitsbezogenen Qualitätsindikatoren nach Wingenfeld et al. (2011)

Weiter kann aus den bei Wingenfeld et al. (2011) vorgenommenen Beschreibungen nicht immer eine eindeutige Definition der Indikatoren bzw. deren Risikoadjustierung abgeleitet werden. Beispielsweise schreibt Wingenfeld in der Definition des Qualitätsindikators „Unbeabsichtigter Gewichtsverlust“: „Aus der Berechnung ausgeschlossen werden Bewohner, bei denen medizinische Gründe, beispielsweise eine Krebserkrankung, Amputationen von Gliedmaßen oder eine medikamentöse Ausschwemmung den Gewichtsverlust erklären können.“ (Wingenfeld et al., S. 125). Derartige nicht abschließende Definitionen erschweren eine Implementation der bisher

¹ Erste vorläufige Einschätzung der Indikatoren

entwickelten Indikatoren. Vor diesem Hintergrund ist ein Zwischenschritt geplant, in dem die Indikatoren so präzise operationalisiert werden, dass sie einsetzbar sind und dabei eine hinreichende Reliabilität aufweisen.

4.3 Arbeitspaket 3: Risikoadjustierung

Es besteht der Anspruch, dass die Qualitätsbewertungen der Pflegeeinrichtungen miteinander vergleichbar sein sollen. Um einen fairen Vergleich zu ermöglichen, müssen die relevanten Einflussfaktoren auf die Ergebnisse der Qualitätsmessung bekannt sein und statistisch kontrolliert werden (Farin 2005, S. 157). Zur Analyse von Einflussfaktoren (Risiken) werden im Allgemeinen Regressionsanalysen eingesetzt (Farin 2005, S. 158), die es zudem ermöglichen, anhand der analysierten Einflussvariablen Vorhersagen über die Indikatoreausprägung zu treffen. Im Rahmen dieser Studie werden hierzu die Daten aus den einbezogenen Einrichtungen genutzt. Bei flächendeckender Implementation können im Zeitverlauf weitere Daten erhoben werden und so die Risikoadjustierung als lernendes System – analog etwa der jährlichen Anpassung der DRGs durch das INEK – implementiert werden. Sind die Einflüsse der Indikatoren bekannt, lässt sich ein theoretisches Ergebnis zur Beurteilung der Qualität für jeden Indikator rechnerisch vorhersagen. Ein Vergleich der vorhergesagten Werte mit den ermittelten Werten wird unterschiedlich ausgeprägte Differenzen aufzeigen. Die Differenzen zwischen den tatsächlichen Werten und den vorhergesagten Werten ergeben sich, indem von den beobachteten Werten die theoretisch erwarteten Werte abgezogen werden (Bühl 2006, S. 247). Der so erhaltene Residualwert stellt ein um den Einfluss der berücksichtigten Prädiktoren bereinigtes Ergebnis dar (Farin 2005, S. 158).

Die Berücksichtigung der verschiedenen Risiken stellt eine Risikoadjustierung dar. Es gilt, die verschiedenen Risikoprofile der Bewohner hinsichtlich der Indikatoren statistisch zu kontrollieren. Die Bildung von Risikogruppen stellt eine sehr schwache Adjustierung dar. Im Rahmen der Studie sollen bekannte Risikofaktoren zu den jeweiligen Indikatoren zusammengetragen und eine Risikostatistik aufgebaut werden. Hierzu ist es notwendig, dass nicht nur die Elemente der Indikatoren erhoben werden, sondern auch spezifische, noch zu ermittelnde, Bewohnermerkmale. Der Bericht von Wingefeld et al. (2011) stellt die Basis da. An den Stellen, an denen keine oder nur wenige Risikofaktoren benannt sind, muss nachrecherchiert werden.

4.4 Arbeitspaket 4: Voraussetzungen und Aufwandsschätzung

Für eine zukünftig regelhafte Implementierung der Indikatoren zu gewährleisten, sollen die notwendigen Voraussetzungen in den Einrichtungen identifiziert werden. Aus diesen Voraussetzungen soll abgeleitet werden, welcher Anpassungsbedarf besteht und welche Veränderungen in den Einrichtungen für eine regelhafte Umsetzung notwendig sind. Ziel im Rahmen dieser Prozessbegleitung und Evaluation ist eine Aufwandschätzung für die Einführung und dauerhafte Umsetzung der Indikatoren.

Die Umsetzung des Arbeitspakets erfolgt wiederum in mehreren Schritten. So wird zunächst ein Interviewleitfaden entwickelt, der im Rahmen der begleiteten Datenerfassung eingesetzt wird. Es ist geplant, die erfassenden Mitarbeiter an zwei Terminen zu begleiten (zu Beginn und zur Mitte der Erhebungszeit) und zu befragen. In die Befragung hinsichtlich der notwendigen Aufwände

und Voraussetzungen (Berücksichtigung notwendiger Ressourcen wie Mitarbeiter, Qualifikation, Material, Technik u.a.m.) sollen auch die Pflegedienstleitung und die Einrichtungsleitung einbezogen werden. Zusätzlich werden die Anwenderkonferenzen genutzt, um durch reflektierte gemeinsame Betrachtungen des Aufwandes weitere Anhaltspunkte zu gewinnen.

Neben der Befragung zu den Aufwendungen soll der Aufwand zudem gemessen werden. Hierzu wird in Abstimmung mit der Softwarefirma in die Dateneingabemaske eine Zeitmessung integriert, mit der die notwendige Zeit unter Berücksichtigung von Unterbrechungen erfasst wird.

4.5 Arbeitspaket 5: Plausibilitätsprüfungen

Die Messgenauigkeit (Reliabilität) des NBA wurde im Jahr 2008 bereits unabhängig geprüft (Windeler et al. 2008) und als gut bestätigt. Da einige Indikatoren eng an das NBA angelehnt sind, ist davon auszugehen, dass sich auch hier ein positives Ergebnis zeigt. Inwieweit allerdings die durch die Pflegenden selbst erfassten Daten geeignet sind, um zuverlässig die Qualitätsindikatoren abzubilden, wird mittels zusätzlichem Reliabilitätstest (Stichprobe) durch eigene Datenerhebungen evaluiert (Interrater-Reliabilität). Im Jahr 2008 konnte nicht geprüft werden, inwieweit sich die dargestellten Indikatorenwerte als „beständig“ erweisen, d. h. auch nach kurzer Zeit analog abgebildet werden können. Vor diesem Hintergrund erfolgen in diesem Forschungsvorhaben zwei Datenerhebungen in kurzem Zeitabstand, um die Stabilität der Qualitätsindikatoren darstellen zu können.

Perspektivisch scheint das Risiko einer positiven Verzerrung der Indikatoren bei Selbsterhebung durch die Einrichtungen im Regelbetrieb denkbar. International ist dieses Problem beschrieben und auch in Deutschland im Zusammenhang mit den DRGs nicht in Gänze gelöst. Daher sollen neben der Reliabilität und Stabilität auch die Manipulationsmöglichkeiten beleuchtet werden, um Empfehlungen zur Vermeidung von Datenmanipulation geben zu können. Hierzu werden Verzerrungsmöglichkeiten theoretisch erarbeitet und die Möglichkeiten der Datenmanipulation während der Projektbegleitung mit den Einrichtungen erläutert (Fokusgruppeninterviews). Darüber hinaus wird untersucht, inwiefern auch die Risikoadjustierung als eine weitere Möglichkeit der Plausibilitätsprüfung herangezogen werden kann. Hier werden ‚Ausreißer‘ im Sinne von Einrichtungen mit besonders herausragenden Ergebnissen (positiv wie negativ) im Einzelfall betrachtet.

Ergänzend werden Mitarbeiter des MDK in den jeweiligen Bundesländern einbezogen. Sie sollen die Möglichkeit erhalten, Einblicke in die Datenerhebung zu nehmen und entsprechend zu bewerten (siehe nächsten Abschnitt).

4.6 Arbeitspaket 6: Vorbereitung des Einsatzes der Indikatoren im Rahmen externer Qualitätsprüfungen

Werden die intern erhobene Ergebnisse zur öffentlichen Darstellung der Ergebnisqualität genutzt, ist eine positive Verzerrung der Daten zu erwarten. Es sollte daher eine Prüfung der intern erfassten Daten im Zuge der MDK-Qualitätsprüfungen (siehe § 113 SGBXI) und der damit verbundenen Option einer Sanktionierung, bei nachweislich fehlerhafter Kodierung, durch die Einrichtungen rechtlich verankert werden. Hier ist davon auszugehen, dass dieses Vorgehen dazu

beiträgt, eine hohe Güte der Qualität der Datenerfassung durch die Pflegenden selbst im Hinblick auf Vollständigkeit und Reliabilität zu erzielen. Allerdings erfolgen die MDK-Qualitätsprüfungen nur fallbezogen und evtl. in zeitlicher Verzögerung zu den internen Erhebungen, wodurch keine Validierung des gesamteinrichtungsbezogenen Datensatzes möglich ist. Damit ist keine direkte und nur eine indirekte Verknüpfung der internen und externen Qualitätsprüfungen im Sinne der § 113 SGB XI möglich.

Angeraten wird das Einrichten externer und neutraler Prüfinstitutionen, die ggf. auf Kosten der Einrichtung eine unabhängige Prüfung der Daten vornehmen und die Daten erst nach einer externen Validierung zur Veröffentlichung freischalten. Dieses kostenpflichtige Verfahren ist im Zuge der Vergabe von Qualitätssiegeln (z.B. DIN EN ISO, KTQ, BQS etc.) in der Praxis gängig und weitestgehend akzeptiert. Die Beurteilung, inwieweit eine Bescheiderteilung nach § 115 Abs. 2 SGB XI auf der Grundlage der Ergebnisse möglich ist, erfolgt nach Abschluss der Datenauswertung unter Einbezug des MDKs und juristischer Fachexpertise (siehe Abschnitt 4.13) des Instituts für Informations-, Gesundheits- und Medizinrechts (IGMR) der Universität Bremen.

Da der MDK im Rahmen externer Qualitätsprüfungen maßgeblich eingebunden ist, sollen die länderbezogenen medizinischen Dienste in die Studie eingebunden werden. Mitarbeiter des MDK sollen die Datenerhebungen in den Einrichtungen punktuell begleiten. Zur Reflexion und Erkenntnissicherung sind in den jeweiligen Bundesländern Workshops mit den beteiligten MDK-Mitarbeiter geplant, nachdem sie Einblick in die Datenerhebung hatten. Die Pflegeeinrichtungen werden hinsichtlich einer möglichen MDK-Beteiligung informiert.

4.7 Arbeitspaket 7: Aufbau und Einsatz einer EDV-gestützten Datenerfassung

Anhand einer EDV-gestützten Datenerfassung erfolgt die Erhebung der Indikatoren über einen Zeitraum von insgesamt 9 Monaten. Die Datenerfassungen erfolgen losgelöst von der eigentlichen Dokumentationsform in den Einrichtungen. In die Studie werden sowohl Einrichtungen, die im Bereich der Pflegedokumentation EDV-gestützt arbeiten, als auch solche, die Papierversionen benutzen, einbezogen. Die Daten werden durch das in den Einrichtungen beschäftigte Personal erhoben. Der Datentransfer erfolgt pseudonymisiert an das Studienteam.

In Kooperation mit einem Anbieter von Softwarelösungen zur Datenerfassung wird die Papierversion des Instrumentes „Erhebungsbogen zur Erfassung von gesundheitsbezogenen Indikatoren“ (Wingenfeld et al. 2011, Anhang B-1) in eine elektronische Version überführt (siehe Abbildung 4).

The screenshot shows a web-based data entry interface. At the top, it reads 'MoPIP-Datenerfassung' and 'Altenzentrum Haus im Tal / TO-A: Eva Cura'. The date and time are 'Montag, 05.10.2015, 10:00 Uhr'. On the left, there is a sidebar with a search bar and a list of residents, each with a status icon (green checkmark or red X) and their name and ID. The resident 'Clarenbach, Elisabeth ID:3' is selected. The main area displays a form titled '1. Allgemeine Angaben zum Bewohner' with a subtitle '* = Hinweise im Implementationsleitfaden'. The form contains several questions with radio button options:

- 1.1 Datum des Heimeinzugs: [Redacted]
- 1.2 Liegt ein richtigerlicher Beschluss zu freiheitsentziehenden Maßnahmen vor? ja nein
- 1.3 Ist es bei dem Bewohner in den vergangenen 6 Monaten zu einem Krankheitsereignis gekommen, das zu einem anhaltenden Verlust an Selbständigkeit oder zu körperlichen Einschränkungen geführt hat? ja nein
- 1.4 Bestehen bei dem Bewohner außergewöhnliche Erkrankungen oder Belastungen, die zu einem speziellen Unterstützungsbedarf führen (z.B. MS, Wachkoma, Beatmungspflicht)? ja nein
- 1.5 Ist dokumentiert, dass der Bewohner oder andere autorisierte Personen die Durchführung fachlich gebotener Prophylaxemaßnahmen ablehnen? ja, Bewohner ja, Angehörige/Betreuer nein

Abbildung 4: Ausschnitt aus dem ersten Entwurf der Dateneingabemaske (Evocura)

Der technisch umgesetzte Erhebungsbogen wird erweitert durch die notwendigen Änderungen oder Ergänzungen, welche sich aus dem „Arbeitspaket 2: Bewertung der Qualitätsindikatoren“ und dem „Arbeitspaket 3: Risikoadjustierung“ ergeben.

Zur Berücksichtigung weiterer – möglicherweise auf die Indikatoren Einfluss nehmenden – Parameter werden Daten systematisch anhand eines eigens zu entwickelnden Erhebungsbogen aus folgenden Bereichen erhoben:

- Strukturmerkmale der Einrichtungen wie Trägerschaft, Anzahl der Plätze
- Case-Mix Parameter wie Pflegestufe, Betreuungsbedarf nach §87b SGB XI
- Care-Mix Parameter wie Pflegezeit, Anzahl und Qualifikation des Personals
- Parameter der Pflegedokumentation

Hierzu werden die benötigten Angaben durch eine Selbstauskunft der teilnehmenden Einrichtungen zum Beginn und zum Ende der Untersuchung mittels Fragebogen ermittelt.

4.8 Arbeitspaket 8: Pre-Test

Nachdem das „Arbeitspaket 7: Aufbau und Einsatz einer EDV-gestützten Datenerfassung“ vorläufig abgeschlossen werden konnte, erfolgt in zwei Bremer Pflegeeinrichtungen der Pre-Test. Hierbei soll das gesamte Instrumentarium getestet werden, so dass mögliche Fehler, Probleme oder Verbesserungsmöglichkeiten frühzeitig erkannt werden können.

Die Pre-Test-Datenerfassung erfolgt entsprechend EDV-gestützt und soll pro Einrichtung, nach einer entsprechenden Schulung, bei 10 bis 15 Bewohnern durchgeführt werden. Bedingung ist, dass die Datenerfassung ausschließlich von Pflegefachkräften vorgenommen wird, die die am Pre-Test teilnehmenden Bewohner sehr gut kennen. Der zu erwartende Aufwand ergibt sich aus mehreren notwendigen Schritten:

- Einwerbung der Bewohner (Informationsmaterial und Einverständniserklärung zur Datenweitergabe im Rahmen der Studie wird gestellt)
- Schulung von mindestens zwei Pflegefachkräften, die die Datenerhebung durchführen
- Datenerhebung bei 10 bis 15 Bewohner mit einem geschätzten Aufwand von maximal 60 Minuten pro Bewohner (die Fachkräfte werden bei der Dateneingabe begleitet, um ihre Eindrücke zu erfassen)
- Durchführung von Interviews anhand eines halbstrukturierten Interviewleitfadens mit den Pflegekräften und der Pflegedienstleitung und/oder Einrichtungsleitung (ca. 20 Minuten bei den Pflegekräften, ca. 60 – 90 Minuten bei den Leitungen)

Der einzuplanende Zeitraum beträgt drei bis vier Tage:

- Einen Tag für die Schulung auf das Erhebungsinstrumentarium mit Datenerfassung für die ersten Bewohner
- Einen Tag für die begleitete Datenerhebung bei den weiteren Bewohnern
- Einen Tag für die begleitete Datenerhebung bei den übrigen Bewohnern und zur Durchführung der Interviews
- Einen Reservetag

4.9 Arbeitspaket 9: Einrichtungsakquise

Einbezogen werden Einrichtungen der vollstationären Versorgung gemäß § 71 SGB XI in den Bundesländern Baden-Württemberg und Brandenburg. Angestrebt wird der Einschluss von 2000 Bewohner in 2 x 32 Einrichtungen unterschiedlicher Größe.

Für die Gewinnung von Einrichtungen werden Einrichtungslisten zusammengestellt. Es sollen neben den statistischen Adressen insbesondere die elektronischen Kontaktdaten und die Träger festgehalten werden. Es ist geplant, die Einrichtungen selbst und deren Träger anzuschreiben und für die Teilnahme am Projekt zu gewinnen. Mit dieser Vorgehensweise soll ermöglicht werden, dass auch die Einrichtungen eine Chance zur Teilnahmen bekommen, die nicht so gut vernetzt sind.

Als Einschlusskriterium müssen die Einrichtungen

- eine Person als Projektbegleitung benennen können
- mindestens zwei Fachkräfte (nach § 71 Abs. 3 SGB XI) als zuständige Datenerfasser benennen, die die Bewohner sehr gut kennen

Der zu erwartende Aufwand ergibt sich aus mehreren notwendigen Schritten:

- Einwerbung der Bewohner (Informationsmaterial und Einverständniserklärung zur Datenweitergabe im Rahmen der Studie wird gestellt)
- Schulung von mindestens zwei Pflegefachkräften, die die Datenerhebung durchführen
- Datenerhebung bei bis zu 70 Bewohner
- Je Bewohner erfolgt die Datenerhebung 6x (3x pro Erhebungsblock - mit einem geschätzten Aufwand von ca. 60 Minuten je Bewohner und Erhebung)

- Durchführung von Interviews anhand eines halbstrukturierten Interviewleitfadens mit den Pflegekräften und der Pflegedienstleitung und/oder Einrichtungsleitung (ca. 20 Minuten bei den Pflegekräften, ca. 60 – 90 Minuten bei den Leitungen) je einmal pro Erhebungsblock

Zur Datenerhebung im Rahmen der Erfassung gesundheitsbezogener Indikatoren kommen Bewohner in Frage, die selbst oder über eine rechtlich befugte Person in die Erhebung einwilligen und sich in Anlehnung an Wingenfeld et al. (2011, Anhang D-2) nicht in der Sterbephase oder in der Kurzzeitpflege befinden.

4.10 Arbeitspaket 10: Datenerhebung

Die Datenerhebung der Verlaufsstudie erfolgt über einen Zeitraum von 9 Monaten und enthält vier Erhebungszeitpunkte, wobei zu zwei Zeitpunkten eine Doppelerfassung erfolgt.

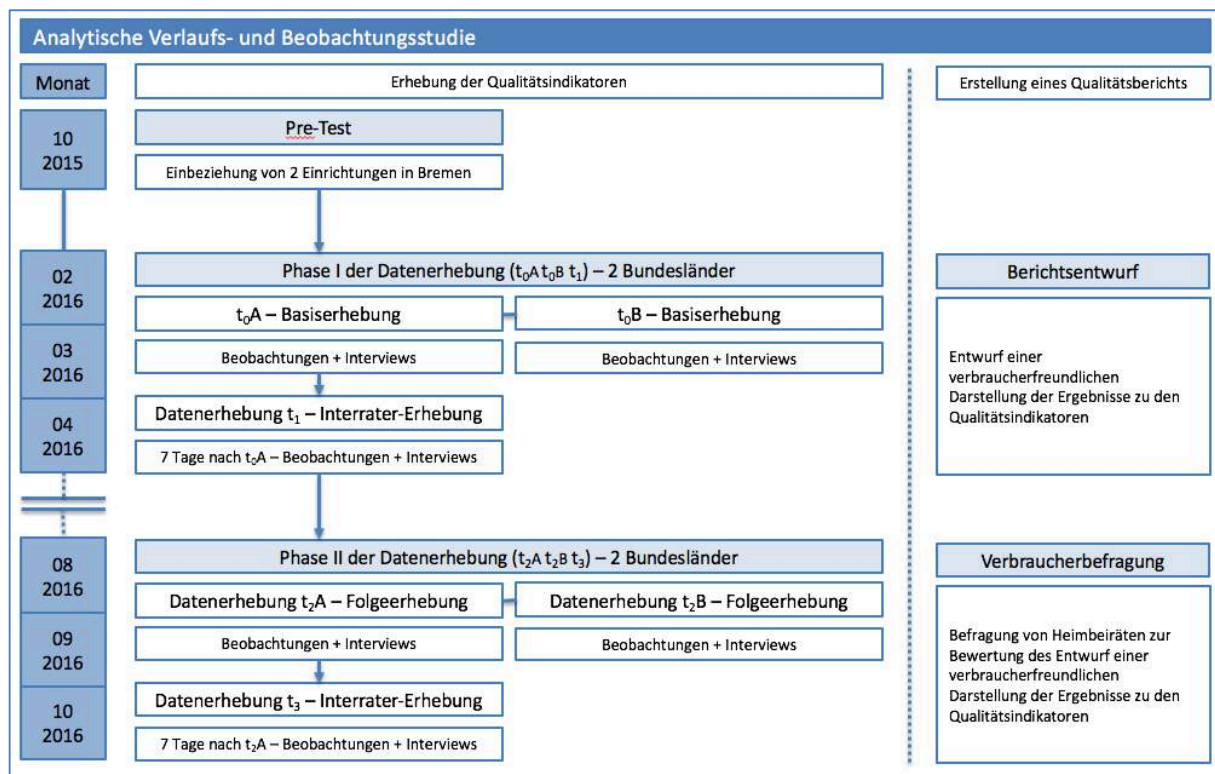


Abbildung 5: Durchführung der Datenerhebungen mit den verschiedenen Zeitpunkten

- t_0A : Es werden alle Daten zu den Indikatoren erhoben, die keinen Zeitverlauf über 6 Monate benötigen. Für die Indikatoren, die erst nach 6 Monaten bewertet werden können, werden die Ausgangsdaten erhoben.
- t_0B : Es werden alle Daten zu den Indikatoren von einer zweiten unabhängigen Person erhoben, die keinen Zeitverlauf über 6 Monate benötigen. Für die Indikatoren, die erst nach 6 Monaten bewertet werden können, werden die Ausgangsdaten erhoben. Hierdurch soll die Interrater-Reliabilität untersucht werden.

- t_1 : Es werden alle Daten aus t_0A von derselben Person ein zweites Mal erhoben. Hierdurch sollen Reliabilität und somit auch die Stabilität der bereits in t_0 erfassten Indikatoren untersucht werden. Nach den erfolgten Erhebungen werden die Einrichtungen über die Resultate der Qualitätserhebungen informiert.
- t_2A : Es werden alle Daten zu den Indikatoren erhoben. Mit dem dritten Messzeitpunkt wird geprüft, ob die Ergebnisse der Indikatorendarstellung unter Kenntnisnahme insbesondere der schlechten Ergebniswerte im Zeitverlauf zu einer Veränderung bzw. Verbesserung der vermeintlichen Pflegequalität führen. Darüber hinaus können die Indikatoren ausgewertet werden, die einen sechsmonatigen Betrachtungszeitraum benötigen.
- t_2B : Es werden alle Daten zu den Indikatoren von einer zweiten unabhängigen Person erhoben. Hierdurch soll die Interrater-Reliabilität erneut, diesmal unter Einbezug aller Indikatoren, untersucht werden.
- t_3 : Es werden alle Daten aus t_2A von derselben Person ein zweites Mal erhoben. Hierdurch sollen Reliabilität und somit auch die Stabilität der Indikatoren erneut, diesmal unter Einbezug aller Indikatoren, untersucht werden.

Nach erfolgter Rekrutierung der Pflegeeinrichtungen werden die Heim- und Pflegedienstleitungen der beteiligten Einrichtungen sowie das zur Datenerhebung ausgewählte Personal anhand des von Wingefeld et al. (2011, Anhang D-1) entwickelten Leitfadens zur Implementierung des Instrumentariums geschult. Zudem werden die in den Einrichtungen gegebenen Voraussetzungen, insbesondere die inhaltliche Gestaltung der vorliegenden Bewohnerdokumentation, überprüft und an das Vorhaben adaptiert. Dabei werden auch die Anforderungen auf Grundlage des Projektes „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ einbezogen.

Die Datenerhebungen werden in jeder Einrichtung durch Studienmitarbeiter begleitet. Die Studienmitarbeiter haben die Aufgaben den Mitarbeitern der Einrichtungen für Fragen zur Seite zu stehen, den Erhebungsprozess zu beobachten und strukturierte Kurzinterviews zu führen. Zugleich erfolgen Beobachtungen die per Gedankenprotokoll festgehalten werden sollen. Hierdurch soll es möglich werden, Eindrücke, Probleme, Chancen und wichtige Ressourcen zu ermitteln, um die Praktikabilität einschätzen und Maßnahmen zur Verbesserung der Praktikabilität ableiten zu können. Die strukturierten Kurzinterviews mit den Datenerhebenden sollen helfen, auch die persönlichen Eindrücke festzuhalten und zu bewerten. Die Beobachtungen und Kurzinterviews sollen zudem die möglichen Beeinflussungen durch die Anwender aufdecken.

Im Sinne eines Benchmarkings erhalten die Einrichtungen nach der zweiten Datenerhebung die Gelegenheit, ihre Ergebnisse der Erhebung für das interne Qualitätsmanagement zu nutzen und können hier ihre Ergebnisse der pilotierten Ergebnisindikatoren direkt mit anderen teilnehmenden Einrichtungen vergleichen. Damit soll ein Beitrag zur Verbesserung der Ergebnisqualität geleistet werden. Zur Orientierung dient den Einrichtungen hier der Mittelwert und Median, der Interquartilsabstand sowie die Darstellung der Datenstreuung mittels Standardabweichung.²

² Zu diesem Zeitpunkt können keine verlässlichen Qualitätsniveaus bestimmt werden, in denen die „akzeptierte“ Ergebnisqualität liegen sollte. Mittelwert, Median, Interquartilsabstände, Standardabweichung und Konfidenzintervall dienen lediglich zu einer Orientierung, in welchem Wertebereich die verschiedenen Einrichtungen liegen und geben verlässliche Aussagen über Streuung und die „Unsicherheit“ der Daten. Diese statistischen Kennzahlen können aber in keinem Fall Qualitätsniveaus definieren. Dazu ist eine normative Festlegung der Qualitätsniveaus z. B. durch die entsprechenden Stakeholder und politische Entscheider

Nach der zweiten und dritten Datenerhebung erfolgt eine Rückkopplung der Ergebnisse in die teilnehmenden Einrichtungen. Es werden die zu pilotierenden Indikatoren mit den teilnehmenden Einrichtungen diskutiert. Auf Ebene der Heim- und Pflegedienstleitungen sowie auf Ebene des direkt an der pflegerischen Versorgung beteiligten Personals werden die Ergebnisse der jeweiligen Erhebung sowie die erhobenen Indikatoren im Hinblick auf Beeinflussbarkeit, Relevanz, Messbarkeit Praktikabilität und Interpretierbarkeit überprüft.

4.11 Arbeitspaket 11: Datenauswertung

Das Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB) begleitet das Forschungsprojekt durch eine methodische Beratung, führt die statistischen Analysen durch und überwacht das Monitoring. Neben einer ausgedehnten deskriptiven Zusammenfassung der Daten und Darstellung von Zusammenhängen, wird mit dem Ziel einer Risikoadjustierung durch Regressionsanalysen geprüft, inwieweit Charakteristika der Einrichtungen und deren Bewohnerstruktur die von Wingefeld et al. (2011) definierten (und in dieser Studie operationalisierten) Indikatoren vorhersagen können. Die Güte der Vorhersagen wird mittels geeigneter statistischer Kriterien (wie z. B. Sensitivität und Spezifität, positivem und negativem prädiktiven Wert) quantifiziert. Die Wiederholbarkeit (Reliabilität) der Indikatoren nach Wingefeld wird anhand der Zeitpunkte t_0 , t_1 bzw. t_2 , t_3 durch Varianz- und Übereinstimmungsanalysen untersucht. Der dritte Zeitpunkt (t_2) dient auch der Untersuchung, inwieweit die gezielte Information der Einrichtung über die Ausprägung der Qualitätsindikatoren in der Vergangenheit (t_0) Einfluss auf die zukünftigen Werte (t_2) nehmen kann. Diese Fragestellung wird ebenfalls durch geeignete Regressionsanalysen beleuchtet, wobei hier nur erste Hinweise und keine endgültigen Ergebnisse zu erwarten sind. Für belastbare Aussagen über die Wirkung einer Rückkoppelung der Qualitätsindikatoren müsste eine Gruppe von "gezielt informierten" Einrichtungen einer Gruppe von nicht informierten Einrichtungen gegenübergestellt werden.

Die Messgenauigkeit (Reliabilität) des NBA wurde im Jahr 2008 bereits unabhängig geprüft (Windeler et al. 2008) und als gut bestätigt. Da einige Indikatoren eng an das NBA angelehnt sind, ist davon auszugehen, dass sich auch hier ein positives Ergebnis zeigt. Inwieweit allerdings die durch die Pflegenden selbst erfassten Daten geeignet sind, um zuverlässig die Qualitätsindikatoren abzubilden, wird mittels zusätzlichem Reliabilitätstest (Stichprobe) durch eigene Datenerhebungen evaluiert (Interrater-Reliabilität). Im Jahr 2008 konnte nicht geprüft werden, inwieweit sich die dargestellten Indikatorenwerte als „beständig“ erweisen, d. h. auch nach kurzer Zeit analog abgebildet werden können. Vor diesem Hintergrund erfolgen in diesem Forschungsvorhaben zwei Datenerhebungen mit kurzem Zeitabstand, um die Stabilität der Qualitätsindikatoren darstellen zu können.

erforderlich. Diese Studie kann aber durch die in der Literatur identifizierten und international bestätigten Qualitätsniveaus sowie die sich aus dem Projekt ergebenden Ist-Werte dafür eine wesentliche Grundlage liefern.

4.12 Arbeitspaket 12: Verbraucherfreundliche Darstellung der Ergebnisse

Die Überprüfung und Entwicklung einer verbraucherfreundlichen Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Zusammenarbeit mit Prof. Martina Hasseler, die dabei auf weitreichende Vorerfahrungen aus vorangegangenen Projekten zurückgreifen kann. Im Rahmen der Studie wird ein Qualitätsbericht entworfen, der den Anforderungen wissenschaftlicher und verbraucherorientierten Kriterien genügt. Der Entwurf des Qualitätsberichts soll von Verbrauchern geprüft und beurteilt werden. Durch den Einsatz der Methode „Denkprotokolle“ soll festgehalten werden, inwieweit die Darstellung von Verbrauchern tatsächlich verstanden wurde. Dazu werden neben den Angehörigen aus den einzubeziehenden Pflegeeinrichtungen auch Mitglieder der Interessenvertretungen der stationärer Langzeitpflege in die Untersuchung integriert. Ausgehend von der Kritik an aktuell verfügbarer Darstellungen (Pflegeroten, Krankenhausspiegel) als Entscheidungshilfen zur Auswahl eines bestimmten Leistungsanbieters, soll ein kreativer Zugang über die Nutzung von in der Marktforschung üblichen Verfahren zur Bestimmung einer geeigneten Darstellung gewählt werden. Bei der Entwicklung einer geeigneten Darstellungsform stehen die Fragen nach der Verständlichkeit, der Übersichtlichkeit und der Vergleichbarkeit im Vordergrund. Denkbar ist hier eine Kooperation mit der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e.V.

4.13 Arbeitspaket 13: Rechtliche Bewertung

Die Beurteilung, inwieweit eine Bescheiderteilung nach § 115 Abs. 2 SGB XI auf der Grundlage der Ergebnisse möglich ist, erfolgt nach Abschluss der Datenauswertung unter Einbezug des MDKs und juristischer Fachexpertise des Instituts für Informations-, Gesundheits- und Medizinrechts (IGMR) der Universität Bremen im 16. Projektmonat.

5 Datengeheimnis

Alle an dem Forschungsvorhaben beteiligten Mitarbeiter sind dem Datengeheimnis nach § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 6 des Bremischen Datenschutzgesetzes (BremDSG) verpflichtet. Für alle am genannten Projekt beteiligten Personen bestehen die Verpflichtungen der Schweigepflicht nach § 203 Abs. 2 Nr. 6 StGB. Diese Verpflichtung wird von den Projektleitern vorgenommen. Sie wird aktenkundig gemacht und von dem/ der Verpflichtenden durch Unterschrift bestätigt. Die für die Datenerhebung in den Einrichtungen der Universität Bremen (IPP und SOCIUM) zuständigen studentischen Mitarbeiterinnen werden zusätzlich seitens der Projektleiter auf das Datengeheimnis verpflichtet (siehe dazu Anhang A: Verpflichtungserklärung und Merkblatt zur Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses).

6 Datenerhebung und Auswertung

6.1 Ablauf der Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgt im Rahmen der Verlaufs- und Beobachtungsstudie wie im „Arbeitspaket 10: Datenerhebung“ beschrieben. Es werden Daten über die Bewohner von Pflegeeinrichtungen, über die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen und Strukturdaten der Einrichtungen erhoben.

In den stationären Pflegeeinrichtungen werden die bewohnerbezogenen Daten durch Angestellte der Pflegeeinrichtungen erhoben. Geschult und begleitet werden die Angestellten von wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen der Uni Bremen Campus GmbH, die für das Projekt angestellt sind. Da nicht auszuschließen ist, dass die wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen der Uni Bremen Campus GmbH mitunter Einblick in personenbezogene Daten bekommen, werden sie durch einen der Projektleiter (Prof. Dr. Görres, Prof. Dr. Rothgang) auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Aufnahme der bewohnerbezogenen Daten erfolgt über eine speziell entwickelte EDV-Anwendung, wie in „Arbeitspaket 7: Aufbau und Einsatz einer EDV-gestützten Datenerfassung“ beschrieben. Hierzu stellt die Uni Bremen Campus GmbH der jeweiligen Einrichtung zwei Notebooks zur Verfügung. Der Zugang zum EDV-System wurde getrennt für einen Administrationsmodus und Dateneingabemodus erstellt und ist jeweils nur mit einer PIN möglich. Jede zugangsberechtigte Pflegeperson wird im EDV-System von wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen der Uni Bremen Campus GmbH angelegt und erhält eine eigene PIN. Die Pflegepersonen werden verpflichtet, den PIN nicht weiterzugeben. Datenquellen zur Erhebung der Bewohnerdaten sind die Pflegedokumentationen der teilnehmenden Bewohner (Pflegeplanungen, Pflegeberichte, Anamnesebögen, Risikoassessmentbögen, Stammdatenblätter, Dokumentation medizinischer Verordnungen und Diagnosen). Selbstauskünfte der Bewohnerinnen werden nicht eingeholt, die Datenerhebung erfolgt ausschließlich aus der Dokumentation heraus.

Die Pflegekräfte werden am Tag der Schulung in ihrer Einrichtung bei den weiteren Datenerhebung von den wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen der Uni Bremen Campus GmbH begleitet. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass das Instrumentarium richtig eingesetzt wird. Darüber hinaus werden Daten im Rahmen von Beobachtungen erfasst, die Rückschlüsse auf den Vorgang der Datenerhebung zulassen. Es geht um die Handhabbarkeit des Instrumentariums, die Verständlichkeit der zu erhebenden Daten und weitere Komplikationsmöglichkeiten (Selbstauskunft zu Schwierigkeiten, Hinweise auf Implementierungsbarrieren, notwendige Aufwände). Die Beobachtungen werden protokolliert und ohne Angabe von personenbezogenen Merkmalen festgehalten.

Daten der Einrichtungen werden durch die leitenden Angestellten der Einrichtungen vor Ort, d. h. in der jeweiligen Einrichtung in einen ausgearbeiteten Datenerhebungsbogen handschriftlich eingetragen. Dies betrifft die Personalstruktur und Personalplanung, Belegkapazität und -auslastung und weitere Organisationsmerkmale.

6.2 Dokumentation und Pseudonymisierung

Es liegt in der Verantwortung des Studienteams, dass die Durchführung der Studie in Übereinstimmung mit den Good Clinical Practice-Richtlinien (GCP) erfolgt und dass die datenerhebenden Pflegekräfte auf das Instrumentarium ausreichend geschult sind. Die Erfassung der Daten wird über die Pflegefachkräfte der Einrichtungen sichergestellt. Somit liegt die Verantwortung der korrekten Eingabe bei den Pflegeeinrichtungen, da das Instrumentarium speziell zur Selbsterhebung entwickelt worden ist. Im „Arbeitspaket 5: Plausibilitätsprüfungen“ ist als Studienbestandteil vorgesehen, die Einflussmöglichkeiten durch die Einrichtungen zu eruieren und aufzuzeigen.

Die Notebooks werden speziell für die anwendende Einrichtung eingerichtet. In der Anmeldemaske werden nur die autorisierten Pflegekräfte der jeweiligen Einrichtung mit ihrer Mitarbeiter-Fallnummer über ein Auswahlmenü geführt. Neben der Auswahl der Person wird auch die jeweilige Erhebungsphase ausgewählt. Anschließend erfolgt die Anmeldung mit Hilfe einer PIN. Die Mitarbeiter-Fallnummer wird im Vorfeld an die Pflegekräfte vergeben.

Die an der Studie teilnehmenden Bewohner werden von der Einrichtung namentlich in ein Datenblatt (Exceltabelle) eingetragen, mit einer Fallnummer versehen und am Tag der Schulung in die EDV-Anwendung importiert. Auf die EDV-Anwendung haben ausschließlich autorisierte Pflegekräfte der aktuellen Pflegeeinrichtung Zugriffsrechte (mittels PIN). Nach der Anmeldung sind alle Bewohner namentlich für die autorisierten Pflegekräfte zu sehen. Es wurde für die Datenerhebung bewusst auf die anonymisierte Darstellung verzichtet,

- da dieses Vorgehen der Praxisanwendung entspricht,
- eine Anonymisierung zu einer erhöhten Fehleranfälligkeit bei der Datenerhebung führen würde,
- notwendige Identifikationslisten unübersichtlich lang ausfallen würden,
- die Datenerhebungen von hauseigenen Pflegekräften vorgenommen werden, für die die Bewohner nicht anonym sind bzw. sein müssen.

Während der Schulungsmaßnahmen und während der Datensicherung ist es den wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen der Uni Bremen Campus GmbH theoretisch möglich, nicht anonymisierte Daten der Bewohner einzusehen. Die Pseudonymisierung der Daten findet beim Export statt. Für jeden teilnehmenden Bewohner wird eine Fallnummer generiert. Diese Fallnummer lässt Rückschlüsse auf die Einrichtung zu, nicht jedoch auf die Personen. Diese Zuordnung ist für die primäre statistische Analyse notwendig (Multilevel-Analyse). Beim Export der Daten werden keine Bewohnernamen und keine Mitarbeiterkürzel übertragen, sondern ausschließlich die studienrelevanten Daten, die Bewohner-Fallnummer und die Mitarbeiter-Fallnummer. Der Geburtstag der Bewohner wird in der EDV-Anwendung vollständig erfasst. Die EDV errechnet sodann das Alter für jeden Bewohner. Beim Export der Daten wird nicht das vollständige Geburtsdatum exportiert, sondern lediglich das errechnete Alter. Für die wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen der Uni Bremen Campus GmbH ist daher eine Zuordnung der Bewohner-Fallnummern zu den Bewohnern nicht möglich. Auf die Angabe des Alters kann nicht verzichtet werden, da die Variable Alter eine für die Auswertungen wesentliche Variable ist.

Die Identifikationslisten (Bewohner und Mitarbeiter) verbleiben während der gesamten Studie in der Pflegeeinrichtung und sind ausschließlich dem autorisiertem Personal der Einrichtung zugänglich. Die Identifikationslisten verbleiben bis zum 28.02.2017 in der Einrichtung.

Alle Angaben des Pflegepersonals erfolgen freiwillig. Im Rahmen der Befragungen (vor Ort oder Telefoninterviews) wird einleitend auf die freiwillige Teilnahme und pseudonyme Behandlung der Daten (siehe Anhang C: Aufklärungsbogen für das Personal) hingewiesen. Zu jeder befragten Person wird die Mitarbeiter-Fallnummer auf dem Befragungsprotokoll festgehalten. Eine Einsichtnahme der Einrichtung in die Befragungsprotokolle ist ausgeschlossen, da diese von den wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen der Uni Bremen Campus GmbH geführt und verwahrt werden. Im Rahmen der Datenauswertungen werden mögliche Zitate nicht unter Angabe der Mitarbeiter-Fallnummer benannt, die Mitarbeiter-Nummern werden zuvor ein weiteres Mal verschlüsselt.

Die Identifikationslisten werden zum 28.02.2017 gelöscht bzw. vernichtet.

6.3 Datensicherung und -übertragung

Jede Pflegeeinrichtung erhebt die notwendigen Bewohnerdaten auf zwei Notebooks. Im Bedarfsfall erhält die Softwarefirma Evocura die Möglichkeit, über eine Internetverbindung auf die Notebooks zuzugreifen. Hierfür wurde eine Remotedesktopverbindungsmöglichkeit geschaffen, die nur hergestellt werden kann, wenn das Notebook von Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung über eine LAN-Verbindung Zugang ins Internet erhält und die entsprechende Software (TeamViewer der Firma TeamViewer GmbH) vom Anwender gestartet wird. Die Remotedesktopverbindung ist passwortgeschützt und kann ausschließlich von der Softwarefirma Evocura genutzt werden. Diese Möglichkeit soll sicherstellen, dass eventuell auftretende Probleme mit der EDV-Anwendung schnell geklärt und behoben werden können. Die Firma Evocura wird im Rahmen eines Werkvertrages auf die Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet.

Die über die EDV-Anwendung erhobenen Daten werden mit jeder Eingabe in der Anwendung sofort gespeichert. Zudem wird regelmäßig zusätzlich eine Datensicherungsdatei automatisch angelegt. Eine Wiederherstellung der Daten im Bedarfsfall kann nur innerhalb der Anwendung geschehen. Die in der EDV-Anwendung gespeicherten Daten werden zudem verschlüsselt und sind ausschließlich über die Anwendung einsehbar. Ein Export der Daten zur Weitergabe an die Universität Bremen ist nur über den Administrator möglich und muss händisch erfolgen. Hierbei wird ein Speichermedium (USB-Stick) verwendet, das ausschließlich den wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen der Uni Bremen Campus GmbH zugänglich ist. Zum Export auf ein Speichermedium wird von der Anwendung ein vollständig pseudonymisierter und als ZIP-Datei verschlüsselter Datensatz erstellt. Unberechtigten Personen ist es nicht möglich einen Datensatz zu sichern.

Der pseudonymisierte Datensatz auf dem USB-Stick wird auf einem MoPIP-Projekt-Notebook in einem gesonderten Ordner gespeichert. Jedes MoPIP-Projekt-Notebook ist mittels Passwort personenbezogen zugangsgeschützt. Zum Abgleich der Projektdaten zwischen den Projektmitarbeitern der Uni Bremen Campus GmbH wird eine von der Universität Bremen angebotene Cloud-Software (Seafile der Seafile GmbH) zum Synchronisieren und Teilen von Dateien verwendet. Zugang zur Seafile-Cloud erhalten ausschließlich berechnigte Projektmitarbeiter der Uni Bremen Campus GmbH.

Die Zusammenführung der Daten erfolgt im Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB). Die einzelnen pseudonymisierten Datensätze werden von den Projektmitarbeitern der UBC in einem eigens dafür bestimmten Ordner abgelegt. Der Ordner liegt wie die übrigen Projektordner in der Seafile-Cloud und ist als einziger Ordner auch für die Mitarbeiter des KKSB zugänglich. Die Freigabe des Ordners mit den Projektdaten aus den Einrichtungen erfolgt auch für das KKSB ausschließlich personenbezogen. Aufgrund der Pseudonymisierung des Datensatzes und des Verbleibs der Identifikationslisten in den Pflegeheimen ist die Herstellung einer Verbindung der Daten mit dem Namen der Bewohner für Mitarbeiter/innen des KKSB ausgeschlossen.

6.4 Kontaktaufnahme, Information und Einverständnis

Die Kontaktaufnahme zu den potenziell teilnehmenden Einrichtungen erfolgt über einen Emailverteiler und über den Postweg.

Die Zustimmung der Bewohner oder eines rechtlichen Vertreters ist verpflichtend. Der Kontakt zu den teilnehmenden Bewohnern erfolgt durch das Personal der Einrichtungen, nachdem sie entsprechendes Informationsmaterial durch das Studienteam der Universität Bremen erhalten haben (siehe Anhang B Informationen für Bewohnerinnen und Bewohner). Mit dem Auftrag der Studie zur Modellhaften Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege ist die Erhebung von Bewohnerdaten notwendig und setzt deren informierte Zustimmung voraus. Der Schutz der Bewohnerdaten steht im Vordergrund.

Aufgrund der umfangreichen Studienpopulation wird von den Bewohnern eine mündliche Einwilligung zur anonymisierten Verwendung der Daten eingeholt. Das Personal der Pflegeeinrichtungen wird hierzu die Bewohner (ggf. in Gruppen) anhand des Informationsschreibens über die Studie, deren Ziele und dem Zweck der Datenverwendung informieren. Die jeweilige Zustimmung des Bewohners wird vom Personal der Pflegeeinrichtungen in einer Liste mit Namen und Datum festgehalten.

Für die Bewohner mit einer rechtlichen Vertretung, werden die rechtlichen Vertretungen über das Vorhaben informiert. Hierfür wird eine Einverständniserklärung vorbereitet, die als Fax, Email oder per Post zugestellt werden kann. Das Einverständnis kann sodann über diese Wege in die Einrichtungen zurück übermittelt werden.

Die Einrichtungen prüfen die Richtigkeit der als Einwilligung vorgelegten Unterschriften, klären ggf. auf oder vermitteln den Kontakt zu den Projektmitarbeitern der UBC und prüfen darüber hinaus, inwieweit eine Unterzeichnung durch einen rechtlichen Vormund z. B. bei demenziell Erkrankten erforderlich ist. Die schriftlichen Einverständniserklärungen zur Studienteilnahme werden durch die Pflegeeinrichtungen gesammelt und verbleiben mit der Identifikationsliste in der Einrichtung in einem abschließbaren Raum, der nur der Einrichtungsleitung zugänglich ist, an einem verschlossenen Ort (Tresor, verschließbare Schublade oder abgeschlossener Datenschrank). Vorher erfolgt keine Datenerhebung über die Pflegekräfte in den Einrichtungen. Für Rückfragen haben die Studienteilnehmer über die gesamte Projektlaufzeit die Möglichkeit das Studienteam in einem persönlichen Telefonat zu kontaktieren. Alle Studienteilnehmer können zu jedem Zeitpunkt ihre Einwilligung zur Studienteilnahme ohne die Angabe von Gründen und ohne

einen Nachteil befürchten zu müssen zurückziehen. Die Einverständniserklärungen verbleiben bis zum 28.02.2017 in der Einrichtung und werden dann durch diese vernichtet.

7 Datenschutzvorkehrungen

7.1 Datenschutzvorkehrungen in den teilnehmenden Einrichtungen

Es werden keine Kontaktdaten erhoben. In den EDV-Anwendungen werden die teilnehmenden Bewohner namentlich genannt, da die Einrichtungen ihre Bewohner nicht anonymisieren müssen. Der Export der erhobenen Daten und die Weitergabe an die Universität Bremen erfolgten jedoch ausschließlich mittels Probanden-ID. Die jeweiligen Identifikationslisten verbleiben in den an der Studie beteiligten Einrichtungen und werden zum 28.02.2017 unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben gelöscht bzw. vernichtet.

7.2 Datenschutzvorkehrungen im KKS

Die pseudonymisierten Datensätze werden im KKS zusammengeführt. Die zur Verfügung gestellten Daten werden durch technische und organisatorische Maßnahmen im Sinne von §9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie des §7 Absatz 4 BremDSG vor dem Zugriff durch Unbefugte geschützt.

Zutrittskontrolle

Für Außenstehende des KKS existieren mehrfache Zugangssperren. Eine Zutrittskontrolle zum KKS erfolgt an der KKS-Eingangstür für Besucher (Anmeldung im Sekretariat, Eintrag im Besucher-Log).

Zugangskontrolle

Das Log-In der Studienrechner ist passwortgeschützt. Nur in der Windows-Benutzerkontenverwaltung eingetragene User können sich einloggen.

Zugriffskontrolle

Der Zugriff erfolgt ausschließlich durch autorisierte Mitarbeiter des KKS, die im MoPIP-Projekt mitarbeiten. Alle Studiendaten liegen in einem passwortgeschützten, verschlüsselten TrueCrypt-Container auf einem vom öffentlichen Netz getrennten PC. Zugang zu dem TrueCrypt-Container haben nur berechtigte Personen. Für die Öffnung des Containers ist die Verwendung einer passwortgeschützten Schlüsseldatei notwendig. Die CD auf der die Schlüsseldatei gespeichert ist, wird in einem verschlossenen Stahlschrank im Büro des Datenmanagements aufbewahrt. Der Schlüssel zum Schrank wird in einem mit Zahlenschloss gesicherten Schlüsselkasten verwahrt. Die Zahlenkombination ist nur den (derzeit drei) Mitarbeitern des Datenmanagements bekannt.

Auftragskontrolle

Die Daten werden ausschließlich von den für die Studie beauftragten Mitarbeitern des KKSB (in diesem Fall Dokumentare und Statistiker) verarbeitet. Diese Mitarbeiter kennen die Ziele der Studie, das Studienprotokoll, die Datenschutzerklärung sowie die SOPs des KKSB. Die mit dem Datenmanagement und Statistik betrauten Mitarbeiter des KKSB werden vom Leiter (Prof. Dr. Werner Brannath) der Abteilung der Biometrie oder dem Geschäftsführer (Dr. Stephan Kloep) des KKSB angewiesen, die Ihnen anvertrauten Daten streng vertraulich zu behandeln und sie nur zum vorgesehen Studienzweck zu verwenden. Eine entsprechende Erklärung wird von allen Mitarbeitern des KKSB unterschrieben.

Verfügbarkeitskontrolle

Die Daten des Studienrechners werden doppelt gesichert.

1. Sicherung: lokal auf dem Studienrechner in einen passwortgeschützten TrueCrypt-Container mit täglicher automatischer differentieller Sicherung und monatlicher Vollsicherung
2. Sicherung: extern auf einem Server in einen passwortgeschützten TrueCrypt-Container mit täglicher automatischer differentieller Sicherung und monatlicher Vollsicherung. Für den Zugang zum Server ist eine gesicherte Verbindung eingerichtet.

Zweckbindung Getrennte Verarbeitung der Daten

Alle Daten der Studie werden zum selben Zweck (dem im Studienprotokoll festgelegten Studienzielen) erhoben und verarbeitet. Daten anderer Studien werden in einer anderen Datenbank mit einem anderen Passwort verarbeitet und gespeichert.

Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Löschen und Vernichten der Daten

Das Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen verwaltet das Löschen der Studiendaten mit Löschprotokollen und einer dreifachen Überschreibung der Daten nach Department of Defense DoD 5220.22-M(E)-Standard.

7.3 Kontrolle durch die Datenschutzbeauftragte

Das gesamte Vorgehen unterliegt der Kontrolle der Landesbeauftragten für Datenschutz in Bremen. Das vorliegende Datenschutzkonzept ist Grundlage der datenschutzrechtlichen Prüfung.

Literaturverzeichnis

- Bühl, A. (2006): SPSS 14. Einführung in die moderne Datenanalyse. München: Pearson Studium (Scientific tools, 7203)
- Büscher, Andreas; Blumenberg, Petra (2014): Evidenz in den Expertenstandards für die Pflege des DNQP. In: Doris Schiemann, Martin Moers und Andreas Büscher (Hg.): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Pflegermanagement), S. 50–60.
- Estabrooks, C.A.; Knopp-Sihota, J.A. & Norton, P.G. (2013): Practice sensitive quality indicators in RAI-MDS 2.0 nursing home data. In: BMC Research Notes 2013, 6:460
- Farin, E. (2005): Die Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung. In: Rehabilitation, Jg. 44, 2005: 157–164.
- Frijters, D.H.M.; van der Roest, H.G.; Carpenter, I.G.I; Finne-Soveri, H.; Henrard, J.C.; Chetrit, A.; Gindin, J. & Bernabei, R. (2013): The calculation of quality indicators for long term care facilities in 8 countries (SHELTER project). In: BMC Health Services Research 2013, 13:138
- Görres, S.; Blom, S. & Schmitt, S. (2012): Qualitätssicherung im Sozialrecht. Schriftenreihe des Deutschen Sozialverbandes (SDSRV 61). S. 117-135. Erich Schmidt Verlag, Berlin.
- Hasseler, M.; Fünfstück, M. (2013): Wissenschaftliche Evaluation zur Erstellung und Erprobung von Qualitätsberichten nach § 12 des Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe in Rheinland-Pfalz, gefördert von Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen. Online verfügbar unter:
http://www.sozialportal.rlp.de/uploads/media/Kurzbericht_Qualitaetsberichte.pdf (Kurzversion);
http://www.sozialportal.rlp.de/uploads/media/Abschlussbericht_Qualitaetsberichte_Langversion.pdf (Langversion) [30.04.2015]
- Hasseler, M.; Görres, S.; Fünfstück, M. (2013): Indikatoren zur Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Lebensqualität in der ambulanten Versorgung – Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes der Pflegekassen.
- Katz, J.; Green, E. (1996): Qualitätsmanagement. Ullstein Mosby GmbH, Berlin/Wiesbaden
- Reiter, A.; Fischer, B.; Kötting, J.; Geraedts, M.; Jäckel, W.H.; Barlag, H. & Döbler, K. (2007): QUALIFY: Instrument for the Assessment of Quality Indicators Version 1.0 (English). BQS Düsseldorf
- Windeler, J.; Görres, S.; Thomas, S.; Kimmel, A.; Langner, I.; Reif, K.; Wagner, A. (2008): Abschlussbericht-Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, Hauptphase 2. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Institut für Public Health und Pflegeforschung. Online verfügbar unter: http://www.mds-ev.de/media/pdf/PflAss_Endbericht_Phase2_081202%281%29.pdf [13.11.2014]
- Wingenfeld, K.; Kleina, T.; Franz, S.; Engels, D.; Mehlan, S. & Engels, H. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Abschlussbericht. Bielefeld/Köln. Online verfügbar unter:
<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=173050.html> [13.11.2014]

Anhang A:

Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses

Frau/Herr _____

Abteilung/Projekt _____

ist der Wahrung des Datengeheimnisses nach § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 6 des Bremischen Datenschutzgesetzes (BremDSG) verpflichtet.

Nach § 5 des BDSG und § 6 des BremDSG ist es den bei der verantwortlichen Stelle oder in deren Auftrag beschäftigten Personen, die Zugang zu personenbezogenen Daten haben, untersagt, geschützte personenbezogene Daten unbefugt zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu verarbeiten oder zu offenbaren, sowie unbefugt personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen. Unterlagen mit personenbezogenen Daten und personenbezogene Dateien sind so zu verwahren, dass sie vor dem Zugriff Dritter geschützt sind. Zum Schutz der Daten ist im Rahmen der übertragenen Aufgabe die notwendige Sorgfalt anzuwenden; festgestellte Mängel sind sofort der Projekt- und Abteilungsleitung zu melden.

Die Verpflichtung besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit in der Abteilung/ dem Projekt.

Verstöße gegen das Datengeheimnis können nach §§ 44, 43 Absatz 2 des BDSG, nach §§ 37, 38 des BremDSG und anderen einschlägigen Rechtsvorschriften insbesondere nach §§ 133, 201, 203, 204, 206, 353 b, 358 StGB, mit Geld- und Freiheitsstrafen geahndet werden. Eine Verletzung des Datengeheimnisses stellt in den meisten Fällen gleichzeitig einen Verstoß gegen arbeitsvertragliche Pflichten dar und kann arbeitsrechtliche Maßnahmen zur Folge haben.

Fragen zum Datenschutz beantwortet Ihnen gerne die Projekt- und Abteilungsleitung.

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese Erläuterung gelesen und Ihre Verpflichtung auf das Datengeheimnis zur Kenntnis genommen haben.

Angaben der/ des Verpflichteten

Name, Vorname: _____

Wohnhaft: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Merkblatt zur Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses

Auszug aus dem Bundesdatenschutzgesetz

§ 5 Datengeheimnis (BDSG)

Den bei der Datenverarbeitung beschäftigten Personen ist untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen (Datengeheimnis). Diese Personen sind, soweit sie bei nicht-öffentlichen Stellen beschäftigt werden, bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit auf das Datengeheimnis zu verpflichten. Das Datengeheimnis besteht auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit fort.

§ 43 Bußgeldvorschriften (BDSG)

(2) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

- 1 unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, erhebt oder verarbeitet,
- 2 unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, zum Abruf mittels automatisierten Verfahrens bereithält,
- 3 unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, abrufen oder sich oder einem anderen aus automatisierten Verarbeitungen oder nicht automatisierten Dateien verschafft,
- 4 die Übermittlung von personenbezogenen Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, durch unrichtige Angaben erschleicht,
- 5 entgegen § 16 Abs. 4 Satz 1, § 28 Abs. 5 Satz 1, auch in Verbindung mit § 29 Abs. 4, § 39 Abs. 1 Satz 1 oder § 40 Abs. 1, die übermittelten Daten für andere Zwecke nutzt, 5a. entgegen § 28 Absatz 3b den Abschluss eines Vertrages von der Einwilligung des Betroffenen abhängig macht, 5b. entgegen § 28 Absatz 4 Satz 1 Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung verarbeitet oder nutzt,
- 1 entgegen § 30 Absatz 1 Satz 2, § 30a Absatz 3 Satz 3 oder § 40 Absatz 2 Satz 3 ein dort genanntes Merkmal mit einer Einzelangabe zusammenführt oder
- 2 entgegen § 42a Satz 1 eine Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht.

§ 44 Strafvorschriften

- (1) Wer eine in § 43 Abs. 2 bezeichnete vorsätzliche Handlung gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, begeht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt. Antragsberechtigt sind der Betroffene, die verantwortliche Stelle, der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und die Aufsichtsbehörde.

Auszug aus dem Bremischen Datenschutzgesetz

§ 6 Datengeheimnis (BremDSG)

Den bei der verantwortlichen Stelle oder in deren Auftrag beschäftigten Personen, die Zugang zu personenbezogenen Daten haben, ist untersagt, geschützte personenbezogene Daten unbefugt zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu verarbeiten oder zu offenbaren; dies gilt auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit. Diese Personen sind über die bei ihrer Tätigkeit zu beachtenden Vorschriften über den Datenschutz zu unterrichten.

§ 37 Straftaten (BremDSG)

Wer gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, personenbezogene Daten entgegen den Vorschriften dieses Gesetzes

- 1 erhebt, speichert, verändert, übermittelt, zum Abruf bereithält, löscht oder nutzt,
- 2 abrufen, einsieht oder einem Dritten verschafft, wird mit einer Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Der Versuch ist strafbar.

§ 38 Ordnungswidrigkeiten (BremDSG)

(1) Ordnungswidrig handelt, wer personenbezogene Daten entgegen den Vorschriften dieses Gesetzes erhebt, speichert, übermittelt, löscht, zum Abruf bereithält, abrufen oder nutzt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 25.000 Euro geahndet werden³

³ Verordnung über die Zuständigkeit für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Bremischen Datenschutzgesetz vom 06. Januar 2004 (Brem.GBl. S. 17)

§ 133 Verwahrungsbruch

- (1) Wer Schriftstücke oder andere bewegliche Sachen, die sich in dienstlicher Verwahrung befinden oder ihm oder einem anderen dienstlich in Verwahrung gegeben worden sind, zerstört, beschädigt, unbrauchbar macht oder der dienstlichen Verfügung entzieht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Dasselbe gilt für Schriftstücke oder andere bewegliche Sachen, die sich in amtlicher Verwahrung einer Kirche oder anderen Religionsgesellschaft des öffentlichen Rechts befinden oder von dieser dem Täter oder einem anderen amtlich in Verwahrung gegeben worden sind.
- (3) Wer die Tat an einer Sache begeht, die ihm als Amtsträger oder für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten anvertraut worden oder zugänglich geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 201 Verletzung der Vertraulichkeit des Wortes

- (1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer unbefugt
 1. das nichtöffentlich gesprochene Wort eines anderen auf einen Tonträger aufnimmt oder
 2. eine so hergestellte Aufnahme gebraucht oder einem Dritten zugänglich macht.
- (2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt
 1. das nicht zu seiner Kenntnis bestimmte nichtöffentlich gesprochene Wort eines anderen mit einem Abhörgerät abhört oder
 2. das nach Absatz 1 Nr. 1 aufgenommene oder nach Absatz 2 Nr. 1 abgehörte nichtöffentlich gesprochene Wort eines anderen im Wortlaut oder seinem wesentlichen Inhalt nach öffentlich mitteilt.

Die Tat nach Satz 1 Nr. 2 ist nur strafbar, wenn die öffentliche Mitteilung geeignet ist, berechnete Interessen eines anderen zu beeinträchtigen. Sie ist nicht rechtswidrig, wenn die öffentliche Mitteilung zur Wahrnehmung überragender öffentlicher Interessen gemacht wird.
- (3) Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer als Amtsträger oder als für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteter die Vertraulichkeit des Wortes verletzt (Absätze 1 und 2).
- (4) Der Versuch ist strafbar.
- (5) Die Tonträger und Abhörgeräte, die der Täter oder Teilnehmer verwendet hat, können eingezogen werden. § 74a ist anzuwenden.

§ 203 Verletzung von Privatgeheimnissen

- (1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als
 1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
 2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung,
 3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Rechtsanwalts-, Patentanwalts-, Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,
 4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
 - 4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
 5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
 6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen, steuerberaterlichen oder anwaltlichen Verrechnungsstelle anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als
 1. Amtsträger,
 2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,
 3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,
 4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates,
 5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder

6. Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfasst worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.
- (2a) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn ein Beauftragter für den Datenschutz unbefugt ein fremdes Geheimnis im Sinne dieser Vorschriften offenbart, das einem in den Absätzen 1 und 2 Genannten in dessen beruflicher Eigenschaft anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist und von dem er bei der Erfüllung seiner Aufgaben als Beauftragter für den Datenschutz Kenntnis erlangt hat.
- (3) Einem in Absatz 1 Nr. 3 genannten Rechtsanwalt stehen andere Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer gleich. Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlass erlangt hat.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.
- (5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

§ 204 Verwertung fremder Geheimnisse

- (1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, zu dessen Geheimhaltung er nach § 203 verpflichtet ist, verwertet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) § 203 Abs. 4 gilt entsprechend.

§ 206 Verletzung des Post- oder Fernmeldegeheimnisses

- (1) Wer unbefugt einer anderen Person eine Mitteilung über Tatsachen macht, die dem Post- oder Fernmeldegeheimnis unterliegen und die ihm als Inhaber oder Beschäftigtem eines Unternehmens bekanntgeworden sind, das geschäftsmäßig Post- oder Telekommunikationsdienste erbringt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Ebenso wird bestraft, wer als Inhaber oder Beschäftigter eines in Absatz 1 bezeichneten Unternehmens unbefugt
1. eine Sendung, die einem solchen Unternehmen zur Übermittlung anvertraut worden und verschlossen ist, öffnet oder sich von ihrem Inhalt ohne Öffnung des Verschlusses unter Anwendung technischer Mittel Kenntnis verschafft,
 2. eine einem solchen Unternehmen zur Übermittlung anvertraute Sendung unterdrückt oder
 3. eine der in Absatz 1 oder in Nummer 1 oder 2 bezeichneten Handlungen gestattet oder fördert.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für Personen, die
1. Aufgaben der Aufsicht über ein in Absatz 1 bezeichnetes Unternehmen wahrnehmen,
 2. von einem solchen Unternehmen oder mit dessen Ermächtigung mit dem Erbringen von Post- oder Telekommunikationsdiensten betraut sind oder
 3. mit der Herstellung einer dem Betrieb eines solchen Unternehmens dienenden Anlage oder mit Arbeiten daran betraut sind.
- (4) Wer unbefugt einer anderen Person eine Mitteilung über Tatsachen macht, die ihm als außerhalb des Post- oder Telekommunikationsbereichs tätigem Amtsträger auf Grund eines befugten oder unbefugten Eingriffs in das Post- oder Fernmeldegeheimnis bekanntgeworden sind, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (5) Dem Postgeheimnis unterliegen die näheren Umstände des Postverkehrs bestimmter Personen sowie der Inhalt von Postsendungen. Dem Fernmeldegeheimnis unterliegen der Inhalt der Telekommunikation und ihre näheren Umstände, insbesondere die Tatsache, ob jemand an einem Telekommunikationsvorgang beteiligt ist oder war. Das Fernmeldegeheimnis erstreckt sich auch auf die näheren Umstände erfolgloser Verbindungsversuche.

§ 353b Verletzung des Dienstgeheimnisses und einer besonderen Geheimhaltungspflicht

- (1) Wer ein Geheimnis, das ihm als
1. Amtsträger,
 2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten oder
 3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt, anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, unbefugt offenbart und dadurch wichtige öffentliche Interessen gefährdet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Hat der Täter durch die Tat fahrlässig wichtige öffentliche Interessen gefährdet, so wird er mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Wer, abgesehen von den Fällen des Absatzes 1, unbefugt einen Gegenstand oder eine Nachricht, zu deren Geheimhaltung er
1. auf Grund des Beschlusses eines Gesetzgebungsorgans des Bundes oder eines Landes oder eines seiner Ausschüsse verpflichtet ist oder
 2. von einer anderen amtlichen Stelle unter Hinweis auf die Strafbarkeit der Verletzung der Geheimhaltungspflicht förmlich verpflichtet worden ist, an einen anderen gelangen läßt oder öffentlich bekanntmacht und dadurch wichtige öffentliche Interessen gefährdet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (3) Der Versuch ist strafbar.
- (3a) Beihilfehandlungen einer in § 53 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 der Strafprozessordnung genannten Person sind nicht rechtswidrig, wenn sie sich auf die Entgegennahme, Auswertung oder Veröffentlichung des Geheimnisses oder des Gegenstandes oder der Nachricht, zu deren Geheimhaltung eine besondere Verpflichtung besteht, beschränken.
- (4) Die Tat wird nur mit Ermächtigung verfolgt. Die Ermächtigung wird erteilt
1. von dem Präsidenten des Gesetzgebungsorgans
 - a) in den Fällen des Absatzes 1, wenn dem Täter das Geheimnis während seiner Tätigkeit bei einem oder für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes bekanntgeworden ist,
 - b) in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1;
 2. von der obersten Bundesbehörde
 - a) in den Fällen des Absatzes 1, wenn dem Täter das Geheimnis während seiner Tätigkeit sonst bei einer oder für eine Behörde oder bei einer anderen amtlichen Stelle des Bundes oder für eine solche Stelle bekanntgeworden ist,
 - b) in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 2, wenn der Täter von einer amtlichen Stelle des Bundes verpflichtet worden ist;
 3. von der obersten Landesbehörde in allen übrigen Fällen der Absätze 1 und 2 Nr. 2.

§ 358 Nebenfolgen

Neben einer Freiheitsstrafe von mindestens sechs Monaten wegen einer Straftat nach den §§ 332, 335, 339, 340, 343, 344, 345 Abs. 1 und 3, §§ 348, 352 bis 353b Abs. 1, §§ 355 und 357 kann das Gericht die Fähigkeit, öffentliche Ämter zu bekleiden (§ 45 Abs. 2), aberkennen.

Anhang B: Information und Einverständniserklärung für Bewohnerinnen und Bewohner

Gedruckt auf Briefpapier der UBC (2-3 Seiten)

Bewohner-Informationen zur mündlichen Aufklärung über die Studie „Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege“ (MoPIP)

Die Universität Bremen hat den Auftrag, ein neu entwickeltes Erhebungsinstrument zu testen, mit dem in der Zukunft die Qualität einer Pflegeeinrichtung ermittelt werden soll.

In diesem Zusammenhang werden vom 01. Februar bis 29. April 2016 und vom 01. August bis zum 28. Oktober 2016 in Pflegeeinrichtungen pflegerelevante Daten von Bewohnern erhoben. Die Daten der Bewohner/innen sind die Grundlage für die Qualitätsmessung.

Es werden verschiedene Informationen abgefragt, die in der Pflegedokumentation festgehalten sind oder durch Pflegekräfte eingeschätzt werden. Hierbei handelt es sich um Informationen über

- Mobilität
- Selbstständigkeit
- Druckgeschwüre
- Stürze und Sturzfolgen
- Schmerzen
- Inkontinenz
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Körpergröße und Gewicht
- Freiheitseinschränkende Maßnahmen
- Gestaltung des Einzugs in die Pflegeeinrichtung
- Mundgesundheit

Die Daten werden von den Pflegekräften der Pflegeeinrichtung erhoben.

Die Universität Bremen stellt hierzu tragbare Computer zur Verfügung, auf denen die Daten der Bewohner/innen eingetragen werden. Mitarbeiter der Universität Bremen werden die Pflegekräfte, die die Daten in den Computer eintragen, schulen.

Der Zugang zu diesem Computer ist mit einem Passwort geschützt. Jede berechtigte Pflegekraft erhält ihr eigenes Passwort. Eine Weitergabe des Passwortes ist nicht gestattet.

Zum Zeitpunkt der Schulung und während der Datensicherung besteht die Möglichkeit, dass die Mitarbeiter der Universität Bremen einen Einblick in die personenbezogenen Daten bekommen können und die Namen der Bewohner/innen sehen. Die Mitarbeiter/innen der Universität Bremen unterliegen dem Datenschutz. Sie sind verpflichtet, über alle Erkenntnisse in einer Pflegeeinrichtung und deren Bewohner Stillschweigen zu bewahren.

Die von den Pflegekräften eingetragenen Daten werden am Ende der Datenerhebungsphase auf Computer der Universität Bremen ohne Namen (anonymisiert) gespeichert. Statt der Namen der Bewohner/innen, werden Nummern verwendet. Die Nummern der Bewohner/innen sind der Pflegeeinrichtung bekannt. An die Universität Bremen wird diese Zuordnung nicht weitergegeben.

Die Auswertung der Daten erfolgt völlig anonym. Rückschlüsse auf Personen werden nach der Datenübertragung an die Universität Bremen nicht mehr möglich sein.

Für die Verwendung der Daten von den Bewohner/inne/n wird die Zustimmung benötigt. Die Zustimmung kann mündlich erfolgen, muss aber von der informierenden Pflegekraft dokumentiert werden. Hierzu kann die nachfolgende Tabelle verwendet werden.

Ansprechpartner an der Universität Bremen

Kontakt Mathias Fünfstück / Sina Siltmann

Telefon (0421) 218 – 58637, Fax (0421) 218 – 58623

E-Mail m.fuenfstueck@uni-bremen.de / siltmann@uni-bremen.de

Informationsschreiben für rechtliche Vertreter/innen von Bewohnern/innen zur Studie „Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege“ (MoPIP)

Die Universität Bremen hat den Auftrag, ein neu entwickeltes Erhebungsinstrument zu testen, mit dem in der Zukunft die Qualität einer Pflegeeinrichtung ermittelt werden soll.

In diesem Zusammenhang werden vom 01. Februar bis 29. April 2016 und vom 01. August bis zum 28. Oktober 2016 in Pflegeeinrichtungen pflegerelevante Daten von Bewohner/inne/n erhoben. Die Daten der Bewohner/innen sind die Grundlage für die Qualitätsmessung.

Es werden verschiedene Informationen abgefragt, die in der Pflegedokumentation festgehalten sind oder durch Pflegekräfte eingeschätzt werden. Hierbei handelt es sich um Informationen über

- Mobilität
- Selbstständigkeit
- Druckgeschwüre
- Stürze und Sturzfolgen
- Schmerzen
- Inkontinenz
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Körpergröße und Gewicht
- Freiheitseinschränkende Maßnahmen
- Gestaltung des Einzugs in die Pflegeeinrichtung
- Mundgesundheit

Die Daten werden von den Pflegekräften der Pflegeeinrichtung erhoben.

Die Universität Bremen stellt hierzu tragbare Computer zur Verfügung, auf denen die Daten der Bewohner/innen eingetragen werden. Mitarbeiter/innen der Universität Bremen werden die Pflegekräfte, die die Daten in den Computer eintragen, schulen.

Der Zugang zu diesem Computer ist mit einem Passwort geschützt. Jede berechtigte Pflegekraft erhält ihr eigenes Passwort. Eine Weitergabe des Passwortes ist nicht gestattet.

Zum Zeitpunkt der Schulung und während der Datensicherung besteht die Möglichkeit, dass die Mitarbeiter/innen der Universität Bremen einen Einblick in die personenbezogenen Daten bekommen können und die Namen der Bewohner/innen sehen. Die Mitarbeiter/innen der Universität Bremen unterliegen dem Datenschutz. Sie sind verpflichtet, über alle Erkenntnisse in einer Pflegeeinrichtung und deren Bewohner Stillschweigen zu bewahren.

Die von den Pflegekräften eingetragenen Daten werden am Ende der Datenerhebungsphase auf Computer der Universität Bremen ohne Namen (anonymisiert) gespeichert. Statt der Namen der Bewohner/innen, werden Nummern verwendet. Die Nummern der Bewohner sind der Pflegeeinrichtung bekannt. Die Universität Bremen ist diese Zuordnung nicht zugänglich.

Die Auswertung der Daten erfolgt völlig anonym. Rückschlüsse auf Personen werden nach der Datenübertragung an die Universität Bremen nicht mehr möglich sein.

Für die Verwendung der Daten von den Bewohner/inne/n wird Ihre Zustimmung benötigt. Die Zustimmung kann per Fax, Email oder telefonisch erfolgen und wird von der zuständigen Pflegekraft dokumentiert.

Recht herzlichen Dank

Für weitere Fragen: Ansprechpartner an der Universität Bremen

Kontakt Mathias Fünfstück / Sina Siltmann
Telefon (0421) 218 – 58637, Fax (0421) 218 – 58623
E-Mail m.fuenfstueck@uni-bremen.de / siltmann@uni-bremen.de

Von der Einrichtung erhobene und für das Projekt verwendete Daten:

Im Zeitraum von Januar 2016 bis November 2016 werden zu vier verschiedenen Zeitpunkten folgende Daten erhoben:

1. Allgemeine Angaben
 - Identifikationsnummer (wird durch das Projekt vergeben)
 - Alter, Geschlecht, Geburtsdatum, Größe, Gewicht
 - Datum des Heimeinzugs
 - Pflegestufe und Datum der Einstufung
 - Richterlicher Beschluss zu freiheitsentziehenden Maßnahmen
 - Krankheitsereignisse, außergewöhnliche Erkrankungen oder Belastungen
 - Ablehnung von Prophylaxemaßnahmen
 - Bewusstseinszustand
2. Angaben zur Mobilität
 - Positionswechsel im Bett
 - Stabile Sitzposition halten
 - Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen
 - Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
 - Treppensteigen
3. Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten
 - Personen aus dem näheren Umfeld erkennen
 - Örtliche Orientierung
 - Zeitliche Orientierung
 - Gedächtnis
 - Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen
 - Entscheidungen im Alltagsleben treffen
 - Sachverhalte und Informationen verstehen
 - Risiken und Gefahren erkennen
 - Mitteilung elementarer Bedürfnisse
 - Verstehen von Aufforderungen
 - Beteiligung an einem Gespräch
4. Angaben zur Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
 - Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen
 - Ruhen und Schlafen
 - Sich beschäftigen
 - In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen
 - Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
 - Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
5. Angaben zu Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
 - Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
 - Nächtliche Unruhe
 - Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
 - Beschädigung von Gegenständen
 - Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
 - Verbale Aggression
 - Andere vokale Auffälligkeiten
 - Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
 - Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen
 - Ängste
 - Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage
 - Sozial inadäquate Verhaltensweisen
 - Sonstige inadäquate Handlungen
6. Angaben zur Selbstversorgung
 - Sondenernährung
 - Parenterale Ernährung
 - Blasenkontrolle/Harnkontinenz
 - Darmkontrolle/Stuhlkontinenz
 - Künstliche Harnableitung
 - Colo-/Ileostoma
 - Körperpflege
 - Ernährung
 - Ausscheidung
7. Angaben zu einem Dekubitus
 - Vorhandensein eines Dekubitus innerhalb der letzten 6 Monate
 - Schwere des Dekubitus
 - Ort der Entstehung des Dekubitus
8. Angaben zur Körpergröße und zum Gewicht
 - Körpergröße und Gewicht
 - Dokumentationsdatum
 - medizinische Gründe, die ggf. eine starke Gewichtsabnahme in den vergangenen 6 Monaten erklären
9. Angaben zu Stürzen und Sturzfolgen
 - Stürze innerhalb der letzten 6 Monate
 - Sturzfolgen
10. Angaben zur Anwendung von freiheitsbeschränkende Maßnahmen
 - Anwendung von Fixierungen in den vergangenen 4 Wochen
 - Welche Fixierungen
 - Wie häufig wurden die Fixierungen durchgeführt
11. Angaben zu Schmerzen
 - Anzeichen für wiederholt auftretende Schmerzen
 - Vorliegen von Schmerzeinschätzung
 - Einbeziehung von Ärzten
12. Angaben zum Heimeinzug
 - Einzug innerhalb der letzten 6 Monate
 - Gespräche zum Heimeinzug
 - Dokumentation der Gespräche
13. Einschätzungen von Verhaltensweisen
 - kognitive und kommunikative Fähigkeiten
 - Einschätzung von Verhaltensweisen
14. Angaben zu Risikofaktoren (werden noch differenziert)
 - Risikofaktoren zur Verschlechterung der Mobilität
 - Risikofaktoren zur Verschlechterung der Selbstständigkeit bezogen auf die Alltagsverrichtungen
 - Risikofaktoren zur Verschlechterung der Selbstständigkeit bezogen auf die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
 - Risikofaktoren zur Entstehung eines Dekubitus
 - Risikofaktoren zu Stürzen
 - Risikofaktoren zum unbeabsichtigten Gewichtsverlust
 - Risikofaktoren bezogen auf einen Heimeinzug
 - Risikofaktoren bezogen auf Fixierungen
 - Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen
 - Risikofaktoren zur Entstehung von wiederholt auftretenden Schmerzen

Gedruckt auf Briefpapier der UBC (2-3 Seiten)

Aufklärung und Informationen zur Teilnahme an der Studie „Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)“

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie. Die modellhafte Umsetzung der Qualitätsindikatoren leistet einen wichtigen Beitrag zur Darstellung der Pflegequalität.

Bitte lesen Sie sich die folgenden Informationen sorgfältig durch. Falls Sie über diese Informationen hinaus noch weitere Fragen zur Studie haben, beantworten Sie Ihnen diese gern.

Im Auftrag der Vertragspartner nach § 113 des Sozialgesetzbuches XI, das sind der GKV-Spitzenverband und die Vereinigungen der Träger der Sozialhilfe und der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, führen wir das Studienprojekt „Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)“ durch.

Was ist der Zweck der Studie?

Der Gesetzgeber hat bestimmt, dass für die stationären Pflegeeinrichtungen ein indikatorengestütztes (kennzahlengestütztes) Verfahren entwickelt werden soll, welches sich für die vergleichende Messung und Darstellung von Pflegequalität eignet. Dieses Verfahren soll auf einer strukturierten Datenerhebung basieren. Ein Forschungsteam der Universität Bielefeld hat mit dem Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Ergebnisqualität in der stationären Pflege“ ein Qualitätsindikatorenset entwickelt und somit die Voraussetzungen für die Etablierung eines solchen Verfahrens geschaffen. Dieses Verfahren wiederum ist Gegenstand der Studie. Das zentrale Ziel des Studienprojekts besteht darin, das vorliegende Qualitätsindikatorenset im Rahmen der Umsetzung auf Praktikabilität und Durchführbarkeit zu untersuchen. Mit dem Blick auf eine kommende regelhafte Einführung wird neben der Prüfung gesetzlicher Anforderungen eine verständliche und verbraucherfreundliche Qualitätsberichterstattung entwickelt.

Was sind Qualitätsindikatoren?

Qualitätsindikatoren sind Messinstrumente, die im Rahmen von Qualitätsmessungen eingesetzt werden. Sie zeigen anhand von Kennzahlen einen Zustand an, ohne den Zustand zu beurteilen. Ein im Pflegebereich häufig eingesetzter Indikator ist beispielsweise die Anzahl der Personen mit einem Druckgeschwür. Werden über einen bestimmten Zeitraum alle Personen erfasst, die in diesem Zeitraum ein Druckgeschwür bekommen haben, wird eine Kennzahl generiert. Diese Kennzahl wird in einem Qualitätsbericht dargestellt. Wie diese Kennzahl zu bewerten ist, kann entweder bestimmt werden (z. B. 0 Fälle) oder wird über einen Vergleich mit anderen Qualitätsberichten interpretiert. Im Rahmen der Studie werden 10 gesundheitsbezogene Qualitätsindikatoren getestet. Hierzu gehören Beurteilungen zur Mobilität, Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen, Selbstständigkeit bei der Gestaltung der Alltagsverrichtungen, Dekubitusentstehung, Stürze mit gravierenden Folgen, unbeabsichtigter Gewichtsverlust, Integrationsgespräch nach Einzug, Fixierungen, Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten, Schmerzen.

Wie läuft die Studie ab?

Nachdem das bereits bestehende Indikatorenset nach wissenschaftlichen Kriterien bewertet und ggf. angepasst wurde, werden in zwei Bundesländern (Baden-Württemberg und Brandenburg) die notwendigen Daten für die Qualitätsindikatoren zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben. Die mehrmalige Datenerhebung hat den Zweck, dass einerseits geprüft wird, ob zwei verschiedene Pflegefachkräfte zur selben Zeit unabhängig voneinander zum selben Bewertungsergebnis kommen. Eine weitere Datenerhebung findet nach sehr kurzer Zeit (ca. eine Woche) von derselben Pflegefachkraft statt. Es wird geprüft, ob auch dieselbe Pflegefachkraft zum selben Ergebnis kommt. Ein halbes Jahr später werden beide Datenerhebungen wiederholt, um Veränderungen aufzeigen zu können bzw. auch die Indikatoren zu berücksichtigen, die einen Verlauf beurteilen.

Wie werden Ihre Daten erhoben?

Die Bundesländer Baden-Württemberg und Brandenburg wurden gewählt, weil zwischen den beiden Bundesländern die Rahmenbedingungen sehr unterschiedlich sind, insbesondere die Personalausstattung. Daher werden Angaben zu Anzahl und Qualifikation des (Pflege)Personals, Personalschlüssel, Wochenarbeitszeit, Krankheitstage sowie zur Fluktuation erhoben. Es werden keine Mitarbeiternamen erhoben. Für die Einrichtung wird eine Identifikationsnummer festgelegt, so dass alle Auswertungen der Daten vollständig anonymisiert geschehen.

Neben der Erhebung der Bewohnerdaten, die ausschließlich von Pflegefachkräften vorgenommen werden, möchten wir Sie bitten, in einem persönlichen Interview Fragen über ihre Erfahrungen im Umgang mit dem Erhebungsinstrument zu beantworten. Für das Interview werden ebenfalls keine Mitarbeiternamen festgehalten, sondern ausschließlich Identifikationsnummern. Die Zuordnungsliste wird von Ihrer Einrichtung erstellt und verbleibt in Ihrer Einrichtung.

Was geschieht mit Ihren Informationen?

Nach den vier Erhebungszeitpunkten ist die Datenerhebung abgeschlossen. Die Daten, die einen Rückschluss auf Ihre Person zulassen (die Liste mit Namen und Identifikationsnummern), werden spätestens am 28.02.2017 gelöscht bzw. vernichtet. Zum Umgang mit Ihren Daten wurde für das Projekt ein Datenschutzkonzept erstellt, welches vom Datenschutzbeauftragten der Universität Bremen genehmigt wurde und auf Wunsch zur Verfügung gestellt wird.

Wer beantwortet Fragen?

Haben Sie Fragen, die nicht in Ihrer Einrichtung beantwortet werden können, erreichen Sie uns in Bremen unter den oben aufgeführten Rufnummern. Hauptansprechpersonen sind Herr Mathias Fünfstück mit den Rufnummern 0421 218 58637 oder 0179-3244386 und Frau Sina Siltmann mit den Rufnummern 0421 218 58637 oder 016099180658.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Stefan Görres

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Ergänzung zum Datenschutzkonzept

zum Projekt

Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)

Uni Bremen Campus GmbH (UBC)
UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung
UBC- Zentrum für Sozialpolitik
Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB)

Bremen, Oktober 2016

Inhaltsverzeichnis

1	Übersicht der Ansprechpartner	2
2	Ergänzung zum Arbeitspaket 6	3
2.1	Vorbereitung des Einsatzes der Indikatoren im Rahmen externer Qualitätsprüfungen.....	3
2.2	Vorbereitungen und Durchführung der Plausibilitätsprüfung	4
2.3	Datenfluss und Datenschutz.....	5
3	Datengeheimnis	6

1 Übersicht der Ansprechpartner

Projektleitung:

Prof. Dr. Stefan Görres (UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung)

Prof. Dr. Heinz Rothgang (UBC- Zentrum für Sozialpolitik)

Studienteam:

Mathias Fünfstück, M.Sc. Pflegewissenschaft, Dipl. Pflegewirt (FH) (UBC)

Jochen Meyer, M.A. (UBC)

Maren Riemann, M.A. Public Health (UBC)

Dr. rer. nat. Sylvia Schmidt, Dipl. Wirtschaftsmathematikerin (KKSB)

Dr. P.H. Claudia Stolle, Dipl. Pflegewirtin (FH) (IPP)

Kathrin Seibert, B.A. Pflegewissenschaft (IPP)

Kontaktadressen:

Institut für Public Health und Pflegeforschung

Grazer Str. 4

28359 Bremen

Tel.: +49 (0)421 218-68900

E-Mail: sgoerres@uni-bremen.de

Zentrum für Sozialpolitik

Mary-Somerville-Straße 5

28359 Bremen

Tel.: +49 (0)421 218-58557

E-Mail: rothgang@zes.uni-bremen.de

Datenmanagement:

Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB) – Abteilung Biometrie

Prof. Dr. Werner Brannath

Linzer Straße 4

28359 Bremen

Tel.: +49 (0) 421-218-63790

brannath@math.uni-bremen.de

Kooperationspartner:

Prof. Dr. rer. medic. Martina Hasseler

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen

Schwerpunkt Gerontologische Pflege / Gesundheitswissenschaften

Rothenfelder Str. 10

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 8922 23250

E-Mail: m.hasseler@ostfalia.de

Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR)

Leiter Prof. Dr. Benedikt Buchner

Universitätsallee, GW1

28359 Bremen

Tel.: 0421 218-66040

2 Ergänzung zum Arbeitspaket 6

2.1 Vorbereitung des Einsatzes der Indikatoren im Rahmen externer Qualitätsprüfungen

Im Rahmen der Hauptstudie wurden in den einbezogenen Pflegeeinrichtungen bewohnerbezogene Daten von den Pflegekräften der jeweiligen Einrichtung erhoben. Die einbezogenen Bewohner haben zuvor der Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten zugestimmt oder deren rechtliche Vertretungen. Die entsprechenden Einverständniserklärungen liegen in den Einrichtungen vor.

Die erhobenen bewohnerbezogenen Daten werden zur Abbildung von Qualitätsindikatoren benötigt, welche die Grundlage für die zukünftigen Qualitätsberichte bilden. Für das Arbeitspaket 6 im bisherigen Datenschutzkonzept wurde beschrieben, dass durch die von den Einrichtungen selbst erhobenen Daten eine positive Verzerrung der Daten zu erwarten ist.

„Es soll daher eine Prüfung der intern erfassten Daten im Zuge der MDK-Qualitätsprüfungen (siehe § 113 SGB XI) und der damit verbundenen Option einer Sanktionierung, bei nachweislich fehlerhafter Kodierung, durch die Einrichtungen rechtlich verankert werden. Hier ist davon auszugehen, dass dieses Vorgehen dazu beiträgt, eine hohe Güte der Qualität der Datenerfassung durch die Pflegenden selbst im Hinblick auf Vollständigkeit und Reliabilität zu erzielen. Allerdings erfolgen die MDK-Qualitätsprüfungen nur fallbezogen und evtl. in zeitlicher Verzögerung zu den internen Erhebungen, wodurch keine Validierung des gesamteinrichtungsbezogenen Datensatzes möglich ist. Damit ist keine direkte und nur eine indirekte Verknüpfung der internen und externen Qualitätsprüfungen im Sinne der § 113 SGB XI möglich.“

Da der MDK im Rahmen externer Qualitätsprüfungen maßgeblich eingebunden ist, sollen die länderbezogenen medizinischen Dienste in die Studie eingebunden werden. Mitarbeiter des MDK sollen die Datenerhebungen in den Einrichtungen punktuell begleiten. Zur Reflexion und Erkenntnissicherung sind in den jeweiligen Bundesländern Workshops mit den beteiligten MDK-Mitarbeiter geplant, nachdem sie Einblick in die Datenerhebung hatten. Die Pflegeeinrichtungen werden hinsichtlich einer möglichen MDK-Beteiligung informiert.“

Dieses Vorgehen wurde in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern/innen des MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.) und den MDK-Dienststellen (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) der einbezogenen Bundesländer (Berlin/Brandenburg, Baden-Württemberg Rheinland-Pfalz und Hessen) konkretisiert und die Durchführung einer Plausibilitätsprüfung in ausgewählten Einrichtungen abgesprochen. Die Pflegeeinrichtungen wurden hierzu angefragt, ob eine Plausibilitätsprüfung der im Rahmen der Studie erhobenen bewohnerbezogenen Daten durch Mitarbeiter/innen des MDK und des MDS ermöglicht werden kann. Die entsprechende Teilnahme war den Pflegeeinrichtungen freigestellt.

2.2 Vorbereitungen und Durchführung der Plausibilitätsprüfung

Zur Umsetzung des Arbeitsauftrages für das Arbeitspaket 6 wurden alle an der Studie beteiligten Pflegeeinrichtungen über die punktuelle Einbeziehung von Mitarbeiter/innen des MDK und MDS informiert und angefragt, ob diese einer Zusammenarbeit mit dem MDK und MDS zustimmen.

Erst bei Vorlage der Zustimmung (die Antwort-E-mails wurden gesichert) sind die Kontaktdaten der Pflegeeinrichtungen an den MDS und MDK jeweils bundeslandbezogen weitergegeben worden, so dass die zuständigen Mitarbeiter/innen mit den Einrichtungen für die Terminabsprachen Kontakt aufnehmen konnten.

Im Rahmen eines Workshops wurde mit den Mitarbeitern/innen des MDK und MDS Überlegungen angestellt, in welcher Form künftige Plausibilitätsprüfungen gestaltet werden können. Das Ziel des Arbeitspaketes besteht darin, Möglichkeiten zur Umsetzung aufzuzeigen. Um ein tiefergehendes Verständnis für mögliche Situationen in künftigen Plausibilitätsprüfungen zu entwickeln, wurde vorgeschlagen, anhand eines Erhebungsinstrumentes, in ausgewählten Einrichtungen, eine Plausibilitätsprüfung unter Realbedingungen durchzuführen.

Geplant wurde:

- die Einbeziehung von 7 Pflegeeinrichtungen (1-2 pro Bundesland bzw. Geschäftsstelle des MDK)
- die Prüfung der erhobenen Daten von bis zu 5 Bewohnern je Pflegeeinrichtung
- die Prüfung aller erhobenen Daten zu den einbezogenen Bewohnern

Die Mitarbeiter/innen des MDK und MDS sollen nach der Plausibilitätsprüfung die erhobenen Daten dahingehend beurteilen können, ob die Angaben nachvollziehbar sind. Hierfür wurde ein Erhebungsinstrument entwickelt (eine Exceltabelle), welches alle Items und die dazugehörigen Angaben (je Bewohner) enthält, sowie die Möglichkeit der Beurteilung der Angaben auf Item-Ebene hinsichtlich der Plausibilität mit folgendem Codierschema:

Ist das Item plausibel?

1 = ja, die Angabe ist nachvollziehbar

2 = nein, die Angabe ist nicht nachvollziehbar

3 = kann nicht beurteilt werden

1. Allgemeine Angaben zum Bewohner	Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
1.1 Datum des Heiminzugs	10.12.14		1	
1.2 Liegt ein richterlicher Beschluss zu freiheitsentziehenden Maßnahmen vor?	2	ja = 1, nein = 2		

Abbildung 1: Ausschnitt aus dem Arbeitstool für die Plausibilitätsprüfung

Für notwendige Anmerkungen zur Plausibilität wurde ein Freitextfeld eingefügt.

Die Mitarbeiter/innen des MDK und MDS haben als Gutachter die Aufgabe in der Einrichtung die erhobenen Daten nachzuvollziehen. Hierbei können sie auf verschiedene Ansätze zurückgreifen. Einerseits müssen sich die Angaben zum/r jeweiligen Bewohner/in aus der Pflegedokumentation erschließen, andererseits ist zu einigen Angaben die direkte Einbeziehung des/r Bewohners/innen notwendig, indem eine Befragung oder Inaugenscheinnahme

vorgenommen wird. Die Mitarbeiter/innen des MDK und MDS sind mit diesen Aufgaben vertraut, da die Regelprüfungen in den Pflegeeinrichtungen durch den MDK ähnlich ablaufen.

Die Bewohner/innen/auswahl in den Einrichtungen erfolgt nach einem im Rahmen des Workshops erarbeiteten Schemas. Danach wurden zwei Gruppen definiert, bei denen die Bewohner/innen bestimmte Merkmale bzw. Merkmalskonstellationen erfüllen:

1. Gruppe (definierte Merkmale)
 - Bewohner/in mit Veränderung der Pflegestufe im Zeitraum der Datenerhebung (Höherstufungen im Zeitraum zwischen t_0 und t_2) und/oder
 - Bewohner/in mit Krankenhausaufenthalten und/oder
 - Bewohner/in, bei denen es in den vergangenen 6 Monaten zu einem Krankheitsereignis gekommen ist, das zu einem anhaltenden Verlust an Selbstständigkeit oder zu körperlichen Einschränkungen geführt hat und/oder
 - Bewohner/in, bei denen dokumentiert ist, dass sie selber oder andere autorisierte Personen die Durchführung fachlich gebotener Prophylaxemaßnahmen ablehnen

2. Gruppe (definierte Merkmalskonstellationen)
 - Hohe Mobilität, kognitive Einschränkung und keine Stürze
 - Niedrige Mobilität, keinen Dekubitus
 - Hohe Selbstständigkeit, hohe Pflegestufe
 - Kognitive Einschränkungen, kein Gewichtsverlust

Zur Ermittlung wurden die Daten aus den Einrichtungen hinsichtlich der Erfüllung der Merkmale geprüft und gefiltert. Insgesamt sollen für die Plausibilitätsprüfung die personenbezogenen Daten für 15 Bewohner/innen in pseudonymisierter Form, den Mitarbeiter/innen des MDK und MDS zur Verfügung gestellt werden. Auf die Zahl 15 wurde sich verständigt, falls einzelne Bewohner/innen einer Befragung und/oder Inaugenscheinnahme nicht zustimmen und somit weitere Personen in die Plausibilitätsprüfung einbezogen werden können.

Nach den Plausibilitätsprüfungen werden die Ergebnisse der einzelnen Gutachter/innen zusammengetragen und vom Studienteam ausgewertet. Die Ergebnisse werden im Rahmen eines Arbeitstreffens mit den Mitarbeiter/innen des MDK und MDS zusammen angeschaut und reflektiert. Das Arbeitspaket mündet in der gemeinsamen Erstellung eines Berichts.

2.3 Datenfluss und Datenschutz

Die Projektmitarbeiter/innen der Uni Bremen (Campus GmbH) erstellen für die Mitarbeiter/innen des MDK und MDS nach den oben beschriebenen Kriterien pseudonymisierte Datensätze, die die Angaben der Einrichtungen für den/die jeweiligen Bewohner/in enthalten. Der Datensatz enthält die Bewohner-ID, die für jede/n Bewohner/in der Pflegeeinrichtung vergeben worden ist, jedoch keine Namen. Ein exemplarischer Datensatz wurde in Anlage 1 beigefügt.

Die erstellten Datensätze werden auf dem zugangsgesicherten Server der Universität gespeichert. Über das Dateiaustauschprogramm Seafile wird den jeweiligen Mitarbeiter/innen des MDK und MDS über einen Link eine gesicherte Verbindung zu einem speziell angelegten Ordner auf dem Server ermöglicht (jede MDK-Dienststellen erhält einen eigenen Ordner), so dass die Datensätze geladen werden können. Die jeweiligen Mitarbeiter/innen des MDK und MDS erhalten ausschließlich die Datensätze, die für die eigene Plausibilitätsprüfung relevant sind. Die Datensätze werden von den Mitarbeiter/innen des MDK und MDS auf einem mobilen Laptop abgelegt, der durch ein personalisiertes Passwort Zugangsgeschützt ist.

Die Decodierung des jeweiligen Datensatzes erfolgt in der Pflegeeinrichtung durch die Pflegeeinrichtung. Den Mitarbeiter/innen in der Pflegeeinrichtung liegen die Bewohnerlisten mit der jeweiligen ID-Zuordnung vor.

Die Plausibilitätsprüfung beinhaltet unter Umständen (die Notwendigkeit bestimmen die Gutachter vom MDK oder MDS) die Befragung von den Bewohnern/innen und ggf. die Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands. Um den Pflegezustand der Haut zu beurteilen, kann es erforderlich sein, dass sich die Gutachter beispielsweise die Achselhöhlen, das Gesäß, die Füße oder Wunden ansehen. Vor der Plausibilitätsprüfung werden die hierzu einbezogenen Bewohner/innen oder deren gesetzliche Vertretungen in Ergänzung ihrer bisherigen Einverständniserklärung zusätzlich um eine weitere Einverständniserklärung nach entsprechender Information und Aufklärung gebeten. Hierfür wurde ein Informationsblatt (Anlage 2) und eine Erklärung (Anlage 3-5) erstellt, die zu unterschreiben ist. Die Teilnahme an der Befragung und die Inaugenscheinnahme ist für die Bewohner/innen freiwillig.

Die Mitarbeiter/innen des MDK und MDS erheben keine zusätzlichen Daten über den/die jeweiligen Bewohner/innen. Unplausible Daten werden in der Datenmaske entsprechend gekennzeichnet und begründet. Eine Korrektur der Angaben erfolgt nicht.

Wenn die Inaugenscheinnahme oder die Befragung durch eine/n Bewohner/in trotz vorheriger Einwilligung erkennbar abgelehnt wird, wird dies respektiert. Die Befragung oder Inaugenscheinnahme wird dann nicht begonnen oder abgebrochen.

Die erfassten, weiterhin pseudonymisierten, Rückmeldungen im Erhebungsinstrument werden auf dem zugangsgesicherten Laptop gespeichert. Die Datenübermittlung auf den Server der Universität Bremen erfolgt durch einen eigens dafür angelegten Upload-Link, der wiederum zu einem speziell hierfür angelegten Ordner führt (jede MDK-Dienststellen erhält einen eigenen Ordner). Nach der Plausibilitätsprüfung und nach dem Hochladen der Datensätze sind die Mitarbeiter/innen des MDK und MDS verpflichtet, die Datensätze vom Laptop zu löschen.

3 Datengeheimnis

Wie im Datenschutzkonzept beschrieben, werden auch die Mitarbeiter/innen des MDK und MDS zur Einhaltung der Schweigepflicht nach § 203 Abs. 2 Nr. 6 StGB verpflichtet. Diese Verpflichtung wird von den Projektleitern vorgenommen. Sie wird aktenkundig gemacht und von dem/ der Verpflichtenden durch Unterschrift bestätigt (Anlage 6).

Anlage 1:

Formular zur Plausibilitätsprüfung im Rahmen der MoPIP - Studie

Datum der Plausibilitätsprüfung	
Bewohner-ID:	Beispiel
Begründung der Bewohnerauswahl:	
Uhrzeit zu Beginn der Plausibilitätsprüfung	
Uhrzeit beim Ende der Plausibilitätsprüfung	
Startdatum der Datenerhebung in der Einrichtung	18.08.16
Enddatum der Datenerhebung in der Einrichtung	18.08.16
Mitarbeiter-ID	307904
Bearbeitung abgeschlossen?	1 ja = 1, nein = 2
Projektphase	4 TO_A = 1, TO_B = 2, T1 = 3, T2_A = 4, T2_B = 5, T3 = 6

1. Allgemeine Angaben zum Bewohner		Angabe	Erläuterung	Plausibel?
1.1	Datum des Heimeinzugs	10.12.14		1
1.2	Liegt ein richtiger Beschluss zu freiheitsentziehenden Maßnahmen vor?	2	ja = 1, nein = 2	
1.3	Ist es bei dem Bewohner in den vergangenen 6 Monaten zu einem Krankheitsereignis gekommen, das zu einem anhaltenden Verlust an Selbständigkeit oder zu körperlichen Einschränkungen geführt hat? Wenn ja, bitte die Erkrankung und deren Zeitpunkt angeben:	2	ja = 1, nein = 2	
1.3.1	Apoplex			
1.3.2	Apoplex Datum			
1.3.3	Fraktur			
1.3.4	Fraktur Datum			
1.3.5	Herzinfarkt			
1.3.6	Herzinfarkt Datum			
1.3.7	Sonstige Erkrankung 1			
1.3.8	Sonstige Erkrankung 1 Datum			
1.3.9	Sonstige Erkrankung 2			
1.3.10	Sonstige Erkrankung 2 Datum			
1.3.11	Sonstige Erkrankung 3			
1.3.12	Sonstige Erkrankung 3 Datum			
1.3.13	Sonstige Erkrankung 4			
1.3.14	Sonstige Erkrankung 4 Datum			
1.3.15	Sonstige Erkrankung 5			
1.3.16	Sonstige Erkrankung 5 Datum			
1.4	Bestehen bei dem Bewohner außergewöhnliche Erkrankungen oder Belastungen, die zu einem speziellen Unterstützungsbedarf führen (z.B. MS, Wachkoma, Beatmungspflicht)?	2	ja = 1, nein = 2	
1.4.1	Um welche Erkrankung oder Belastung handelt es sich?			
1.5	Ist dokumentiert, dass der Bewohner oder andere autorisierte Personen die Durchführung fachlich gebotener Prophylaxemaßnahmen ablehnen?	2	ja = 1, nein = 2	
1.5.1	Bewohner			
1.5.2	Bewohner: Um welche Maßnahmen handelt es sich?			
1.5.3	Angehörige/Betreuer			
1.5.4	Angehörige/Betreuer: Um welche Maßnahmen handelt es sich?			
1.6	Bewusstseinszustand:	1	wach = 1, schläfrig = 2, somnolent = 3, komatös = 4	
1.7	Geburtsdatum (wird als Alter exportiert)	75		
1.8	Geschlecht	1	weiblich = 1 männlich = 2	
1.8.1	Anzahl der Geburten	1		
1.9	Pflegestufe		PS0 = 0 PS 1 = 1 PS 2 = 2 PS 3 = 3 Härtefall = 4	
1.10	Anzahl der Krankenhaustage in den letzten 6 Monaten (auch Notaufnahme, Rehaklinik u.a. stationäre Aufenthalte)			
1.11	Anzahl der verschiedenen Medikamente (verordnet, ohne Bedarfsmedikation)	6		
1.12	Anzahl der verschiedenen Bedarfsmedikationen (verordnet)	5		
1.13	Hat der Bewohner eine oder mehrere Kontrakturen?	2	ja = 1, nein = 2	
1.14	War der Bewohner in den letzten 6 Monaten beatmungspflichtig?	2	ja = 1, nein = 2	
1.14.1	Wie viele Beatmungsstunden hat es durchschnittlich im/pro Monat gegeben?		1-8h = 1 9-24 h = 2 25-72 h = 3 73-240 h = 4 > 240 h = 5	
1.15.1	Für den Bewohner sind folgende ärztliche Diagnosen in der Pflegedokumentation hinterlegt: Herz- und Kreislauf-Erkrankungen	1	ja = 1, nein = 2	
1.15.2	Ischämische Herzkrankheiten/Akuter Myokardinfarkt	2		
1.15.3	Zerebrovaskuläre Krankheiten/Schlaganfall	2		
1.15.4	Periphere arterielle Verschlusskrankheiten/Krankheiten der Arterien	1		

1.15.5	Herzinsuffizienz	2	ja = 1, nein = 2	
1.15.6	Hypotonie	2		
1.15.7	Vorhofflimmern (absolute Arrhythmie)	2		
1.15.8	Arteriosklerose	2		
1.15.9	Bösartige Neubildungen des Magens/Magenkrebs	2		
1.15.10	Leukämie	2		
1.15.11	Prostata-Karzinom	2		
1.15.12	Blasenkrebs	2		
1.15.13	Bauchspeicheldrüsenkrebs	2		
1.15.14	Frakturen	1		
1.15.15	Arthrose	2		
1.15.16	Osteoporose	1		
1.15.17	Rheumatische Krankheiten	2		
1.15.18	Demenz	1		
1.15.19	Schizophrene Psychosen	2		
1.15.20	Depressionen	2		
1.15.21	Angststörungen	2		
1.15.22	Tinnitus	2		
1.15.23	Multiple Sklerose	2		
1.15.24	Parkinson	2		
1.15.25	Neuropathie(n)	1		
1.15.26	Asthma	2		
1.15.27	Pneumonie	2		
1.15.28	COPD	2		
1.15.29	Chronischer Husten	2		
1.15.30	Diabetes mellitus	2		
1.15.31	Schilddrüsenerkrankungen	2		
1.15.32	Karies/Zahngesundheit	2		
1.15.33	Verdauungserkrankungen, Magen-Darmerkrankungen	2		
1.15.34	Chronische Niereninsuffizienz	2		
1.15.35	Harnwegsinfektionen	2		
1.15.36	Funktionsstörungen (Prostata)	2		
1.15.37	Harninkontinenz	2		
1.15.38	Stuhlinkontinenz	2		
1.15.39	AIDS	2		
1.15.40	Dekubitus	2		
1.15.41	Pergamenthaut bei Kortison-, Zytostatika- oder Strahlenbehandlung	2		
1.15.42	Alkoholabhängigkeit	1		
1.15.43	Drogenprobleme	2		
1.15.44	Sind bei dem Bewohner Verletzungen oder Vergiftungen bekannt?	2		
1.15.45	Bitte angeben:			
1.15.46	Ödeme	1		
1.15.47	Erkrankungen mit Veränderung des normalen Bewegungsmusters	1		
1.15.48	Sehstörungen	2		
1.15.49	Gehörererkrankungen	2		
1.15.50	Hörstörungen	2		
1.15.51	Obstipation	2		
1.15.52	Dysphagie (Schluckstörung)	2		
1.15.53	Beeinträchtigte Zungenfunktion	2		
1.15.54	Amputation	2		
1.15.55	Verbrennungen	2		
1.15.56	Mehrfachverletzungen	2		
1.15.57	Gynäkologische chirurgische Eingriffe	2		
1.15.58	Chirurgischen Eingriffen am Becken	2		
1.15.59	Rektumresektion	2		
1.16	Liegt der Nachweis einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz gemäß §45a SGB XI vor?	2		

2. Mobilität		Angabe	Erläuterung	Plausibel?
2.1	Positionwechsel im Bett	0	selbständig = 0, überwiegend selbständig = 1, überwiegend unselbständig = 2, unselbständig = 3	
2.2	Stabile Sitzposition halten	0		
2.3	Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen	0		
2.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	1		
2.5	Treppensteigen	1		
2.6	EBoMO (Erfassungsbogen Mobilität - modifiziert)	0	selbständig = 0 mit Hilfsmittel = 1 mit Personenhilfe = 2 komplett unselbständig = 3	
	POSITIONSWECHELSEL IM BETT - Dreht sich im Bett von einer Seite zur anderen	0		
2.7	POSITIONSWECHELSEL IM BETT - Stellt die Beine auf	0		
2.8	TRANSFER - Begibt sich von der Rückenlage im Bett in die Sitzposition	0		
2.9	TRANSFER - Verlagert in der sitzenden Position das Gleichgewicht zum Stehen	1		
2.10	TRANSFER - Richtet den Oberkörper auf	0		
2.11	SITZEN IM STUHL - Sitzt frei (Rumpfkontrolle)	0		
2.12	STEHEN - Hält beim Stehen das Gleichgewicht	1		
2.13	GEHEN - Hält beim Gehen das Gleichgewicht	1		
2.14	TREPPEN STEIGEN - Steigt Treppen	2		
2.15	BEWEGUNG - Bewegt sich innerhalb der Einrichtung	1		

2.16	BEWEGUNG - Bewegt sich außerhalb der Einrichtung	1		
2.17	Es ist dokumentiert, dass der Bewohner Angst davor hat zu stürzen.	0	nein/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3	
2.18	Es ist dokumentiert, dass der Bewohner unter "Schwindel" leidet	0		

3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten		Angabe	Erläuterung	Plausibel?
3.1	Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	0	vorhanden/unbeeinträchtigt = 0 größtenteils vorhanden = 1 in geringem Maße vorhanden = 2 nicht vorhanden = 3	
3.2	Örtliche Orientierung	0		
3.3	Zeitliche Orientierung	0		
3.4	Gedächtnis	1		
3.5	Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen	0		
3.6	Entscheidungen im Alltagsleben treffen	1		
3.7	Sachverhalte und Informationen verstehen	0		
3.8	Risiken und Gefahren erkennen	1		
3.9	Mitteilung elementarer Bedürfnisse	0		
3.10	Verstehen von Aufforderungen	0		
3.11	Beteiligung an einem Gespräch	0		
Summe der ausgewählten Optionswerte von Assessment 3		3	0 bis 33	

4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte		Angabe	Erläuterung	Plausibel?
4.1	Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	0	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3	
4.2	Ruhen und Schlafen	0		
4.3	Sich beschäftigen	0		
4.4	In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	1		
4.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0		
4.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	3		

5. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		Angabe	Erläuterung	Plausibel?
5.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	seltener/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3	
5.2	Nächtliche Unruhe	0		
5.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0		
5.4	Beschädigung von Gegenständen	0		
5.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0		
5.6	Verbale Aggression	0		
5.7	Andere vokale Auffälligkeiten	0		
5.8	Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	2		
5.9	Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	0		
5.10	Ängste	0		
5.11	Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	0		
5.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0		
5.13	Sonstige inadäquate Handlungen	0		

6. Selbstversorgung		Angabe	Erläuterung	Plausibel?
6.1	Vordere Oberkörper waschen	0	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3	
6.2	Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	0		
6.3	Intimbereich waschen	0		
6.4	Duschen oder Baden	1		
6.5	Oberkörper an- und auskleiden	0		
6.6	Unterkörper an- und auskleiden	0		
6.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen	0		
6.8	Essen	0		
6.9	Trinken	0		
6.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen	0		
6.11	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen(auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	4		
6.12	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen(auch Umgang mit Stoma)	4		

Sondenernährung			Plausibel?
s1 (6.13.1)	Erhält die Person Sondennahrung?	2	ja = 1, nein = 2
s1.1 (6.13.2)	Die Person erhält: zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondennahrung, aber nur gelegentlich (nicht täglich) = 1, 1 bis 3 x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung = 2, mindestens 4 x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung (geringe Mengen) = 3, ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung = 4		
s1.2 (6.13.3)	Pumpe		ja = 1, nein = 2
s1.3 (6.13.4)	Schwerkraft		

s1.4 (6.13.5)	Bolusgabe			
s1.5 (6.13.6)	Selbständigkeit:		Bedienung selbständig = 1, Bedienung mit Fremdhilfe = 2	

Parenterale Ernährung

s2 (6.14.1)	Erhalt die Person parentale Ernährung?	2	ja = 1, nein = 2	Plausibel?
s2.1 (6.14.2)	Art der parenteralen Ernährung:	0	komplett = 1, teilweise = 2	
s2.2 (6.14.3)	Selbständigkeit:	0	Bedienung selbständig = 1, Bedienung mit Fremdhilfe = 2	

s3 (6.15)	Blasenkontrolle/Harnkontinenz:	1	überwiegend kontinent. Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz = 1, überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent = 2, komplett inkontinent = 3, ständig kontinent = 4, Bewohner hat einen Dauerkatheter oder ein Urostoma = 5	Plausibel?
s4 (6.16)	Darmkontrolle/Stuhlkontinenz:	1	überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent = 1 überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung = 2 komplett inkontinent = 3 ständig kontinent = 4 Bewohner hat ein Colo- oder Ileostoma = 5	
s5 (6.17)	Künstliche Harnableitung:	0	entfällt (keine künstliche Harnableitung) = 0 suprapubischer Dauerkatheter = 1 transurethraler Dauerkatheter Nahrung (geringe Mengen) = 2 Urostoma = 3	
s6 (6.18)	Colo-/Ileostoma:	0	entfällt (nicht vorhanden) = 0 ja = 1	

7. Dekubitus		Angabe	Erläuterung	Plausibel?
7.1	Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate einen oder mehrere Dekubitus?	2	ja = 1, nein = 2	Plausibel?
7.1.1	1. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):			
7.1.2	Zeitraum angeben: bis Heute:		ja = 1, nein = 2	
7.1.3	Zeitraum angeben: bis (Datum)			
7.1.4	Schweregrad des Dekubitus:		Grad 1 = 1, Grad 2 = 2, Grad 3 = 3 Grad 4 = 4, unbekannt = 5	
7.1.5	Wo ist der Dekubitus entstanden?		in der Pflegeeinrichtung = 1 im Krankenhaus = 2 zu Hause (vor dem Heimeinzug) = 3 woanders = 4	
7.1.6	Ort:			
7.1.7	2. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):			
7.1.8	Zeitraum angeben: bis Heute:		ja = 1, nein = 2	
7.1.9	Zeitraum angeben: bis (Datum)			
7.1.10	Schweregrad des Dekubitus:		Grad 1 = 1, Grad 2 = 2, Grad 3 = 3 Grad 4 = 4, unbekannt = 5	
7.1.11	Wo ist der Dekubitus entstanden?		in der Pflegeeinrichtung = 1 im Krankenhaus = 2 zu Hause (vor dem Heimeinzug) = 3 woanders = 4	
7.1.12	Ort:			
7.1.13	3. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):			
7.1.14	Zeitraum angeben: bis Heute:		ja = 1, nein = 2	
7.1.15	Zeitraum angeben: bis (Datum)			
7.1.16	Schweregrad des Dekubitus:		Grad 1 = 1, Grad 2 = 2, Grad 3 = 3 Grad 4 = 4, unbekannt = 5	
7.1.17	Wo ist der Dekubitus entstanden?		in der Pflegeeinrichtung = 1 im Krankenhaus = 2 zu Hause (vor dem Heimeinzug) = 3 woanders = 4	
7.1.18	Ort:			
7.1.19	4. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):			
7.1.20	Zeitraum angeben: bis Heute:		ja = 1, nein = 2	
7.1.21	Zeitraum angeben: bis (Datum)			
7.1.22	Schweregrad des Dekubitus:		Grad 1 = 1, Grad 2 = 2, Grad 3 = 3 Grad 4 = 4, unbekannt = 5	
7.1.23	Wo ist der Dekubitus entstanden?		in der Pflegeeinrichtung = 1 im Krankenhaus = 2 zu Hause (vor dem Heimeinzug) = 3 woanders = 4	
7.1.24	Ort:			
7.1.25	5. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):			
7.1.26	Zeitraum angeben: bis Heute:		ja = 1, nein = 2	
7.1.27	Zeitraum angeben: bis (Datum)			

7.1.28	Schweregrad des Dekubitus:		Grad 1 = 1, Grad 2 = 2, Grad 3 = 3 Grad 4 = 4, unbekannt = 5	
7.1.29	Wo ist der Dekubitus entstanden?		in der Pflegeeinrichtung = 1 im Krankenhaus = 2 zu Hause (vor dem Heimeinzug) = 3 woanders = 4	
7.1.30	Ort:			
7.2	Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate eine Nasensonde/Nasentubus liegen?	2	ja = 1, nein = 2	
7.2.1	Zeitraum angeben: von (Datum):			
7.2.2	Zeitraum angeben: bis Heute:			
7.2.3	Zeitraum angeben: bis (Datum):			
7.3	Liegt eine Bettlägerigkeit vor? Keine Bettlägerigkeit = 1 Leichte Bettlägerigkeit (Der Bewohner kann mit/ohne Begleitung ungefähr 4 bis 5 Stunden außerhalb des Bettes sein, etwa in einem Rollstuhl oder in einem Sessel sitzend.) = 2 Mittelschwere Bettlägerigkeit (Der Bewohner kann für wenige Handlungen kurze Zeit das Bett verlassen, etwa um auszuscheiden, zur Körperpflege oder zum Essen.) = 3 Schwere Bettlägerigkeit (In einer schweren Form der Bettlägerigkeit steht der Mensch überhaupt nicht mehr auf – verbringt also 24/h Tag im Bett.) = 4	1	siehe links	

8. Körpergröße und Gewicht		Angabe	Plausibel?
8.1	Liegt eine Angabe der Körpergröße vor?	1	ja = 1, nein = 2
8.1.2	Grund auswählen: 1 = Es liegt noch keine Messung vor (z.B. bei Neueinzug) 2 = Das Messen der Körpergröße wurde/wird vom Bewohner oder Betreuer abgelehnt		siehe links
8.1.1	Körpergröße: (cm)	155	
8.2	Liegt eine Gewichtsangabe vor?	1	ja = 1, nein = 2
8.2.1	Aktuelles Körpergewicht: (kg)	66.2	
8.2.2	erfasst am (Datum):	02.08.16	
8.2.3	Grund auswählen: 1 = Es liegt noch keine Messung vor (z.B. bei Neueinzug) 2 = Das Wiegen wurde/wird vom Bewohner oder Betreuer abgelehnt		siehe links
8.3	Gab es medizinische Gründe, die eine starke Gewichtsabnahme in den vergangenen 6 Monaten erklären?	2	ja = 1, nein = 2
8.3.1	bedingt durch eine fortschreitende Krebserkrankung		
8.3.2	bedingt durch medikamentöse Ausschwemmungen		
8.3.3	bedingt durch eine Amputation		
8.3.4	weitere Gründe		
8.3.5	, bitte angeben		
8.4	Hat der Bewohner in den letzten 6 Monaten eine nicht-medizinische Diät zur Gewichtsreduktion durchgeführt?	2	ja = 1, nein = 2
8.5	Sind beim Bewohner Schluckstörungen bekannt und dokumentiert?	2	

9. Sturzfolgen		Angabe	Erläuterung	Plausibel?
9.1	Ist der Bewohner in den vergangenen 6 Monaten gestürzt?	3	ja, einmal = 1 ja, mehrmals = 2 nein = 3	
9.1.1	Frakturen	0	ja = 1, nein = 2	
9.1.2	behandlungsbedürftige Wunden	0		
9.1.3	andauernde Schmerzen (länger als 48 Stunden)	0		
9.1.4	erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen	0		
9.1.5	erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität	0		
9.1.6	keine der genannten Folgen ist eingetreten	0		
9.2	Anzahl der dokumentierten Stürze innerhalb der letzten 6 Monate	0		
9.3	Liegen Laftendenzen vor? (Erhöhter Mobilitätsdrang)	1	nein = 0 zeitweise = 1 ja, aber das ist unproblematisch = 2 ja, mit Eigen- und Fremdgefährdungspotenzial = 3	
9.4.1	... Einschränkungen der Sehfähigkeit, trotz Einsatz von Sehhilfen?	0	täglich = 0 mehrmals wöchentlich = 1 1x wöchentlich = 2 seltener als 1x wöchentlich = 3	
9.4.2	... Ängsten vor Stürzen?	0		

10. Fixierungen / FEM		Angabe	Erläuterung	Plausibel?
10.1	Wurden bei dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen Gurtfixierungen angewendet?	2	ja = 1, nein = 2	
10.1.1	Handfixierung			
10.1.2	Fußfixierung			
10.1.3	Hüftfixierung im Bett			
10.1.4	Hüftfixierung im Stuhl oder Rollstuhl			
10.1.5	Wie oft wurden die Gurtfixierungen angewendet?		täglich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 1x wöchentlich = 3 seltener als 1x wöchentlich = 4	

10.2	Wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen mechanisch fixiert? (Beispiele: Verwendung von Bettgitter; Sitzhosen; Anlegen von Hand-, Fuß- oder Körperfesseln; Anlegen von Sitz-, Leib- oder Bauchgurten im Bett oder (Roll)-Stuhl; Anlegen von Schutzdecken, Betttüchern oder Schlafsäcken; Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll)-Stuhl, Festigung von Therapie-/Stecktischen am (Roll)-Stuhl u.a.m.)	2	ja = 1, nein = 2	
10.2.1	Wie oft wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen mechanisch fixiert?		täglich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 1x wöchentlich = 3 seltener als 1x wöchentlich = 4	
10.2.2	Hat der Bewohner der Maßnahme nach einer für ihn verständlichen Aufklärung persönlich zugestimmt?		ja = 1 nein = 2 nein, Bewohner ist nicht zustimmungsfähig = 3	
10.2.3	Gab es für diese Maßnahme eine richterliche Genehmigung?		ja = 1 nein = 2 nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt = 3	
10.3	Wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen (tagsüber und/oder in der Nacht) daran gehindert sein Zimmer, den Wohnbereich oder die Einrichtung zu verlassen? (Beispiele: Schwergängige Türen, Abschließen der Zimmertür, Täuschung über vorhandene Verriegelungen an Türen; Verwendung komplizierter Schließ- bzw. Öffnungsmechanismen wie Trick- oder Zahlenschlösser; zeitweises Absperren der Eingangstür tagsüber oder nachts, ohne dass der Bewohner einen Schlüssel erhält oder das Öffnen der Tür anderweitig sichergestellt ist; gesicherte Aufzüge; Arretieren des Rollstuhles; Zurückhalten am Hauseingang durch das Personal u.a.m.)	2	ja = 1, nein = 2	
10.3.1	Wie oft wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen (tagsüber und/oder in der Nacht) daran gehindert sein Zimmer, den Wohnbereich oder die Einrichtung zu verlassen?		täglich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 1x wöchentlich = 3 seltener als 1x wöchentlich = 4	
10.3.2	Hat der Bewohner der Maßnahme nach einer für ihn verständlichen Aufklärung persönlich zugestimmt?		ja = 1 nein = 2 nein, Bewohner ist nicht zustimmungsfähig = 3	
10.3.3	Gab es für diese Maßnahme eine richterliche Genehmigung?		ja = 1 nein = 2 nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt = 3 nein, die Fixierung unterstützt die Mobilisierung = 4	
10.4	Wurden dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen sedierende Medikamente verabreicht? (Beispiele: Schlafmittel, Neuroleptika, andere Psychopharmaka)	2	ja = 1, nein = 2	
10.4.1	Wie oft wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen medikamentös sediert?		täglich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 1x wöchentlich = 3 seltener als 1x wöchentlich = 4	
10.4.2	Hat der Bewohner der Maßnahme nach einer für ihn verständlichen Aufklärung persönlich zugestimmt?		ja = 1 nein = 2 nein, Bewohner ist nicht zustimmungsfähig = 3	
10.4.3	Gab es für diese Maßnahme eine richterliche Genehmigung?		ja = 1 nein = 2 nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt = 3 nein, es gibt einen medizinischen Grund = 4	
10.4.4	Bitte angeben:		bleibt leer	
10.5	Besteht oder bestand in den vergangenen 4 Wochen... ... die Gefahr, dass sich die betreute Person selbst ERHEBLICHEN gesundheitlichen Schaden zufügt?	3	0 = täglich 1 = wöchentlich 2 = monatlich und seltener 3 = nie	
10.6	... die Gefahr, dass sich die betreute Person selbst tötet?	3		
10.7	... die Notwendigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme?	3		
10.8	... die Gefahr, dass sich die betreute Person hinsichtlich ihrer körperlichen Fähigkeiten deutlich überschätzt?	3		

		Angabe	Erläuterung	Plausibel?
11.1	Liegen bei dem Bewohner Anzeichen für wiederholt auftretende Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners, Hinweise in der Pflegedokumentation, Einnahme von Analgetika oder Verhaltensweisen demenzkranker Bewohner, die auf Schmerzen hindeuten könnten)?	1	ja = 1, nein = 2	
11.1.1	Ist im Rahmen des Schmerzmanagements sichergestellt, dass für den Bewohner eine stabile Schmerzsituation entsprechend seiner individuellen Bedarfe gewährleistet ist?	1	ja = 1 nein = 2 nicht relevant = 3	
11.2	Liegt für den Bewohner eine Schmerzeinschätzung vor?	1	ja = 1, nein = 2	

11.2.1	Wie wurde die Einschätzung durchgeführt?	1	ohne Nutzung eines Instrumentes = 1 mit Hilfe eines Einschätzungsinstrumentes = 2	
11.2.2	Welches Instrument wurde eingesetzt?		NRS (Numerische Rangskala) = 1 BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz) = 2 Assessment ohne Scorewert = 3 ein anderes = 4	
11.2.3	"ein anderes" (bitte eintragen):			
11.2.4	Gab es bei der zuletzt vorgenommenen Schmerzeinschätzung Veränderungen gegenüber der davor durchgeführten Einschätzung?	1	ja = 1 nein = 2 es wurde bislang nur eine Einschätzung vorgenommen = 3	
11.2.5	Wann wurde die LETZTE Schmerzeinschätzung durchgeführt?	42586		
11.2.6	Welcher Wert wurde für die LETZTE Schmerzeinschätzung dokumentiert?			
11.2.7	Wann wurde die VORLETZTE Schmerzeinschätzung durchgeführt?	42584		
11.2.8	Welcher Wert wurde für die VORLETZTE Schmerzeinschätzung dokumentiert?			
11.2.9	Wurde der behandelnde Arzt über die aktuelle Schmerzeinschätzung informiert?	2	ja = 1, nein = 2	
11.2.10	Wann erfolgte die Information?			
11.3	Ist der Bewohner in der Lage, den Umfang seiner Schmerzen selber adäquat einzuschätzen?	1	ja = 1, nein = 2	

12. Heimeinzug		Angabe	Erläuterung	Plausibel?
12.1	Ist der Bewohner innerhalb der letzten 6 Monate neu in die Einrichtung eingezogen?	2	ja = 1, nein = 2	
12.1.1	Ist nach Ablauf der 2. Woche und vor Ende der 6. Woche nach dem Heimeinzug mit dem Bewohner und/oder anderen Personen ein Gespräch über sein Einleben und die zukünftige Versorgung geführt worden?*			
12.1.2	Wann wurde das Gespräch geführt?			
12.1.3	Wer hat an dem Gespräch teilgenommen: Bewohner			
12.1.4	Angehörige			
12.1.5	Betreuer			
12.1.6	andere Personen			
12.1.7	Person:			
12.1.8	Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert? *WICHTIG: Wählen Sie bitte nur dann „ja“ aus, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z.B. Wünsche des Bewohners oder Absprachen über das Beibehalten oder die Veränderung der Versorgung, schriftlich festgehalten wurden!		ja = 1, nein = 2	

13. Einschätzung von Verhaltensweisen		Angabe	Erläuterung	Plausibel?
	Hat der Bewohner bei der Bewertung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten eine Gesamt- punktzahl von 0 bis 5 Punkten erreicht?		(siehe nächstes Feld)	
	Summe der ausgewählten Optionswerte von Assessment 3	3		
13.1.1	Wurde für den Bewohner eine Einschätzung von Verhaltensweisen mit Hilfe eines Instrumentes (Liste vorgegebener Verhaltensweisen) durchgeführt und dokumentiert?*		ja = 1, nein = 2	
13.1.2	Wann wurde das Instrument zuletzt eingesetzt?			
13.1.3	Welche der folgenden Verhaltensweisen berücksichtigt das verwendete Instrument? motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten			
13.1.4	physisch aggressives Verhalten gegen Personen			
13.1.5	verbal aggressives Verhalten			
13.1.6	selbstverletzendes/selbstgefährdendes Verhalten			
13.1.7	Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen			
13.1.8	Angstzustände			
13.1.9	keine der genannten Verhaltensweisen ist berücksichtigt			
13.1.10	Welche Einschätzungen sieht das Instrument zu den einzelnen Verhaltensweisen vor? Informationen darüber, ob das Verhalten vorliegt oder nicht			
13.1.11	Häufigkeit des Verhaltens			
13.1.12	Einschätzung dazu, ob aus dem Verhalten Unterstützungsbedarf resultiert oder nicht			
13.1.13	keine der genannten Einschätzungen sind vorgesehen			

14. Blaseninkontinenz

Angabe

Erläuterung

Plausibel?

14.1	Bitte tragen Sie das aktuelle Kontinenzprofil des Bewohners ein: 1 = Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harnverlust; Keine personelle Hilfe; Keine Hilfsmittel) 2 = Unabhängig erreichte Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harnverlust; Keine personelle Unterstützung; Selbstständige Durchführung von Maßnahmen) 3 = Abhängig erreichte Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harnverlust; Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen) 4 = Unabhängig kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harnverlust; Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Kontinenzhilfsmitteln) 5 = Abhängig kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harnverlust; Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig) 6 = Nicht kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harnverlust; Keine Inanspruchnahme von personeller Unterstützung und Versorgungsmaßnahmen z.B. bei Neuaufnahme, generelle Ablehnung von Maßnahmen)	2	siehe links	
------	---	---	-------------	--

15. Mundgesundheit

Angabe

Erläuterung

Plausibel?

15.1	Wurde innerhalb der letzten sechs Monate eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung beim Bewohner durchgeführt?	2	ja, am = 1 nein = 2	
15.1.1	am (Datum)	0		
15.2	Oral Health Impact Profile (OHIP-G5) Der Bewohner hatte aufgrund von Problemen mit den Zähnen, im Mundbereich oder mit dem Zahnersatz in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrungsmitteln.	0	0 = nie 1 = kaum 2 = ab und zu 3 = oft 4 = sehr oft	
15.3	... den Eindruck, sein Essen war geschmacklich weniger gut.	0		
15.4	... schwer gefallen, seinen alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen.	0		
15.5	... Schmerzen im Gesichtsbereich.	0		
15.6	... wegen des Aussehens seiner Zähne oder seines Zahnersatzes unwohl oder unbehaglich gefühlt.	0		

24. Oktober 2016

Informationsblatt

zur Einbindung des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) in die MoPIP-Studie (Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Universität Bremen Campus GmbH hat den Auftrag, ein neu entwickeltes Erhebungsinstrument zu testen, mit dem die Qualität einer Pflegeeinrichtung aufgezeigt werden soll. In diesem Zusammenhang haben Sie zugestimmt, dass pflegerelevante Daten von Ihnen erhoben und für die Studie pseudonymisiert gespeichert und ausgewertet werden dürfen.

In einem weiteren Schritt wird der **Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)** in die Studie eingebunden. Die Mitarbeiter/innen des MDK werden sich in Ihrer Einrichtung die erhobenen Daten anschauen und beurteilen, ob die Angaben nachvollziehbar sind.

Für diese Beurteilung erhalten die Mitarbeiter/innen des MDK von ausgewählten Bewohnern das pseudonymisierte Datenblatt, welches von der Einrichtung zugeordnet werden kann. Hierdurch erhalten die Mitarbeiter/innen des MDK einen Einblick in Ihre personenbezogenen Daten. Die Beurteilung der Angaben beinhaltet auch die Befragung von Teilnehmern und die Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von an der Studie teilnehmenden Pflegebedürftigen. Um den Pflegezustand der Haut zu beurteilen, kann es erforderlich sein, dass sich die Gutachter beispielsweise die Achselhöhlen, das Gesäß, die Füße oder Wunden ansehen.

Der MDK-Besuch steht nicht im Zusammenhang mit Ihrer Pflegestufe.

Die Teilnahme an der Befragung und die Inaugenscheinnahme ist freiwillig!

Wenn Sie die Inaugenscheinnahme oder die Befragung erkennbar ablehnen, wird dies jederzeit respektiert. Die Befragung oder Inaugenscheinnahme werden dann trotz vorheriger Einwilligung des Betroffenen oder seines gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten abgebrochen.

Für Fragen stehen Ihnen Ihre Einrichtungsleitung, die Mitarbeiter/innen des MDK und wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr MoPIP-Projektteam

Prof. Dr. Heinz Rothgang, Prof. Dr. Stefan Görres,

Mathias Fünfstück, Jochen Meyer und Maren Riemann

UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung
Prof. Dr. Stefan Görres

Sekretariat
Christiane Degering-Machirus
Telefon (0421) 218 - 68901
Fax (0421) 218 - 68981
eMail degering@uni-bremen.de

Besucheradresse
Grazer Str. 4
28359 Bremen

UBC-Zentrum für Sozialpolitik
Prof. Dr. Heinz Rothgang

Sekretariat:
Vicki May
Telefon (0421) 218 - 58556
Fax (0421) 218 - 58623
eMail vicki.may@zes.uni-bremen.de

Besucheradresse
UNICOM - Gebäude
Mary-Somerville-Str. 5
28359 Bremen

Projektkoordination:
Mathias Fünfstück
Telefon (0421) 218 - 58637
Fax (0421) 218 - 58623
eMail mopip15@uni-bremen.de

Besucheradresse
UNICOM - Gebäude
Mary-Somerville-Str. 5
28359 Bremen
Raum 4310

Anlage 3:



✉ Universität Bremen · Projekt MoPIP · Postfach 33 04 40 · 28334 Bremen

5. Oktober 2016

Einwilligung des Pflegebedürftigen
zur Einbindung des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) / des MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. in die MoPIP-Studie (Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege)

Hiermit willige ich

Frau/Herr _____

geboren am _____

- in die Befragung durch den Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und/oder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) ein.
- in die Inaugenscheinnahme durch den Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und/oder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) ein.
- Das Informationsblatt habe ich erhalten, es wurde mir vorgelesen und erläutert.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Gutachter die Pflegekräfte befragen, Einblick in die personenbezogenen Daten der MoPIP-Studie und in die Pflegedokumentation erhalten.

Datum, Ort Unterschrift des Pflegebedürftigen

Der Pflegebedürftige kann nicht eigenhändig unterschreiben.

Begründung:

UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung
Prof. Dr. Stefan Görres

Sekretariat
Christiane Degering-Machirus
Telefon (0421) 218 - 68901
Fax (0421) 218 - 68981
eMail degering@uni-bremen.de

Besucheradresse
Grazer Str. 4
28359 Bremen

UBC-Zentrum für Sozialpolitik
Prof. Dr. Heinz Rothgang

Sekretariat:
Vicki May
Telefon (0421) 218 - 58556
Fax (0421) 218 - 58623
eMail vicki.may@zes.uni-bremen.de

Besucheradresse
UNICOM - Gebäude
Mary-Somerville-Str. 5
28359 Bremen

Projektkoordination:
Mathias Fünfstück
Telefon (0421) 218 - 58637
Fax (0421) 218 - 58623
eMail mopip15@uni-bremen.de

Besucheradresse
UNICOM - Gebäude
Mary-Somerville-Str. 5
28359 Bremen
Raum 4310

Anlage 4:



✉ Universität Bremen · Projekt MoPIP · Postfach 33 04 40 · 28334 Bremen

5. Oktober 2016

Einwilligung des ges. Vertreters/Bevollmächtigten zur Befragung des Pflegebedürftigen

Einbindung des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) / des MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. in die MoPIP-Studie (Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege)

Hiermit versichere ich _____
dass ich befugt bin, Frau/Herrn _____
geboren am _____ zu vertreten.

Hiermit willige ich ein,

- in die Befragung des von mir vertretenen, oben genannten Pflegebedürftigen durch die Gutachter des MDK und/oder MDS.
- in die Inaugenscheinnahme des von mir vertretenen, oben genannten Pflegebedürftigen durch die Gutachter des MDK und/oder MDS.

Ich bin damit einverstanden,

- dass die Gutachter auch die Pflegekräfte befragen, Einblick in die personenbezogenen Daten der MoPIP-Studie und in die Pflegedokumentation erhalten.
- Das Informationsblatt habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Ort

Unterschrift des gesetzl. Vertreters/Bevollmächtigten

UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung

Prof. Dr. Stefan Görres

Sekretariat
Christiane Degering-Machirus
Telefon (0421) 218 - 68901
Fax (0421) 218 - 68981
eMail degering@uni-bremen.de

Besucheradresse
Grazer Str. 4
28359 Bremen

UBC-Zentrum für Sozialpolitik

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Sekretariat:
Vicki May
Telefon (0421) 218 - 58556
Fax (0421) 218 - 58623
eMail vicki.may@zes.uni-bremen.de

Besucheradresse
UNICOM - Gebäude
Mary-Somerville-Str. 5
28359 Bremen

Projektkoordination:

Mathias Fünfstück
Telefon (0421) 218 - 58637
Fax (0421) 218 - 58623
eMail mopip15@uni-bremen.de

Besucheradresse
UNICOM - Gebäude
Mary-Somerville-Str. 5
28359 Bremen
Raum 4310

Anlage 5:



✉ Universität Bremen · Projekt MoPIP · Postfach 33 04 40 · 28334 Bremen

5. Oktober 2016

Einwilligung des ges. Vertreters/Bevollmächtigten zur Befragung des Pflegebedürftigen

**Einbindung des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) / des MDS
(Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. in die MoPIP-
Studie (Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege)**

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____

über die Umstände des heutigen MDK/MDS-Besuchs wurden Sie telefonisch informiert. Zu Ihrer Kenntnisnahme erhalten Sie nochmals die Informationen zur Einbindung des MDK und/oder MDS.

Bitte faxen Sie die unterschriebene Einwilligung umgehend zurück an folgende

Fax-Nr. _____

Die Universität Bremen hat den Auftrag, ein neu entwickeltes Erhebungsinstrument zu testen, mit dem die Qualität einer Pflegeeinrichtung aufgezeigt werden soll. In diesem Zusammenhang haben Sie zugestimmt, dass pflegerelevante Daten des von Ihnen vertretenen Pflegebedürftigen erhoben und für die Studie anonymisiert gespeichert und ausgewertet werden dürfen.

In einem weiteren Schritt wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in die Studie eingebunden. Die Mitarbeiter/innen des MDK werden sich die erhobenen Daten anschauen und beurteilen, ob die Angaben nachvollziehbar sind.

Für diese Beurteilung erhalten die Mitarbeiter/innen des MDK von ausgewählten Bewohnern das anonymisierte Datenblatt, welches von der Einrichtung zugeordnet werden kann. Hierdurch erhalten die Mitarbeiter/innen des MDK einen Einblick in die personenbezogenen Daten. Die Beurteilung der Angaben beinhaltet auch die Befragung von Studien-Teilnehmern und die Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von an der Studie teilnehmenden Pflegebedürftigen. Um den Pflegezustand der Haut zu beurteilen, kann es erforderlich sein, dass sich die Gutachter beispielsweise die Achselhöhlen, das Gesäß, die Füße oder Wunden ansehen.

Der MDK-Besuch steht nicht im Zusammenhang mit der Pflegestufe.

Die Teilnahme an der Befragung und die Inaugenscheinnahme ist freiwillig!

Wenn die Inaugenscheinnahme oder die Befragung erkennbar abgelehnt wird, wird dies jederzeit respektiert. Die Befragung und/oder Inaugenscheinnahme wird dann trotz vorheriger Einwilligung abgebrochen.

Hiermit versichere ich _____

dass ich befugt bin, Frau/Herrn _____

geboren am _____ zu vertreten.

Hiermit willige ich ein,

- in die Befragung des von mir vertretenen, oben genannten Pflegebedürftigen durch die Gutachter des MDK und/oder MDS.
- in die Inaugenscheinnahme des von mir vertretenen, oben genannten Pflegebedürftigen durch die Gutachter des MDK und/oder MDS.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Gutachter auch die Pflegekräfte befragen, Einblick in die personenbezogenen Daten der MoPIP-Studie und in die Pflegedokumentation erhalten.
- Das Informationsblatt habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Ort _____

Unterschrift des gesetzl. Vertreters/Bevollmächtigten _____

UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung

Prof. Dr. Stefan Görres

Sekretariat
Christiane Degering-Machirus
Telefon (0421) 218 - 68901
Fax (0421) 218 - 68981
eMail degering@uni-bremen.de

Besucheradresse
Grazer Str. 4
28359 Bremen

UBC-Zentrum für Sozialpolitik

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Sekretariat:
Vicki May
Telefon (0421) 218 - 58556
Fax (0421) 218 - 58623
eMail vicki.may@zes.uni-bremen.de

Besucheradresse
UNICOM - Gebäude
Mary-Somerville-Str. 5
28359 Bremen

Projektkoordination:

Mathias Fünfstück
Telefon (0421) 218 - 58637
Fax (0421) 218 - 58623
eMail mopip15@uni-bremen.de

Besucheradresse
UNICOM - Gebäude
Mary-Somerville-Str. 5
28359 Bremen
Raum 4310

Anlage 6:

Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses

Frau/Herr _____

Abteilung/Projekt _____

ist der Wahrung des Datengeheimnisses nach § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 6 des Bremischen Datenschutzgesetzes (BremDSG) verpflichtet.

Nach § 5 des BDSG und § 6 des BremDSG ist es den bei der verantwortlichen Stelle oder in deren Auftrag beschäftigten Personen, die Zugang zu personenbezogenen Daten haben, untersagt, geschützte personenbezogene Daten unbefugt zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu verarbeiten oder zu offenbaren, sowie unbefugt personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen. Unterlagen mit personenbezogenen Daten und personenbezogene Dateien sind so zu verwahren, dass sie vor dem Zugriff Dritter geschützt sind. Zum Schutz der Daten ist im Rahmen der übertragenen Aufgabe die notwendige Sorgfalt anzuwenden; festgestellte Mängel sind sofort der Projekt- und Abteilungsleitung zu melden.

Die Verpflichtung besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit in der Abteilung/ dem Projekt.

Verstöße gegen das Datengeheimnis können nach §§ 44, 43 Absatz 2 des BDSG, nach §§ 37, 38 des BremDSG und anderen einschlägigen Rechtsvorschriften insbesondere nach §§ 133, 201, 203, 204, 206, 353 b, 358 StGB, mit Geld- und Freiheitsstrafen geahndet werden. Eine Verletzung des Datengeheimnisses stellt in den meisten Fällen gleichzeitig einen Verstoß gegen arbeitsvertragliche Pflichten dar und kann arbeitsrechtliche Maßnahmen zur Folge haben.

Fragen zum Datenschutz beantwortet Ihnen gerne die Projekt- und Abteilungsleitung.

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese Erläuterung gelesen und Ihre Verpflichtung auf das Datengeheimnis zur Kenntnis genommen haben.

Angaben der/ des Verpflichteten

Name, Vorname: _____

Wohnhaft: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Merkblatt zur Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses

Auszug aus dem Bundesdatenschutzgesetz

§ 5 Datengeheimnis (BDSG)

Den bei der Datenverarbeitung beschäftigten Personen ist untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen (Datengeheimnis). Diese Personen sind, soweit sie bei nicht-öffentlichen Stellen beschäftigt werden, bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit auf das Datengeheimnis zu verpflichten. Das Datengeheimnis besteht auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit fort.

§ 43 Bußgeldvorschriften (BDSG)

(2) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

- 1 unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, erhebt oder verarbeitet,
- 2 unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, zum Abruf mittels automatisierten Verfahrens bereithält,
- 3 unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, abrufen oder sich oder einem anderen aus automatisierten Verarbeitungen oder nicht automatisierten Dateien verschafft,
- 4 die Übermittlung von personenbezogenen Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, durch unrichtige Angaben erschleicht,
- 5 entgegen § 16 Abs. 4 Satz 1, § 28 Abs. 5 Satz 1, auch in Verbindung mit § 29 Abs. 4, § 39 Abs. 1 Satz 1 oder § 40 Abs. 1, die übermittelten Daten für andere Zwecke nutzt, 5a. entgegen § 28 Absatz 3b den Abschluss eines Vertrages von der Einwilligung des Betroffenen abhängig macht, 5b. entgegen § 28 Absatz 4 Satz 1 Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung verarbeitet oder nutzt,
- 1 entgegen § 30 Absatz 1 Satz 2, § 30a Absatz 3 Satz 3 oder § 40 Absatz 2 Satz 3 ein dort genanntes Merkmal mit einer Einzelangabe zusammenführt oder
- 2 entgegen § 42a Satz 1 eine Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht.

§ 44 Strafvorschriften

- (1) Wer eine in § 43 Abs. 2 bezeichnete vorsätzliche Handlung gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, begeht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt. Antragsberechtigt sind der Betroffene, die verantwortliche Stelle, der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und die Aufsichtsbehörde.

Auszug aus dem Bremischen Datenschutzgesetz

§ 6 Datengeheimnis (BremDSG)

Den bei der verantwortlichen Stelle oder in deren Auftrag beschäftigten Personen, die Zugang zu personenbezogenen Daten haben, ist untersagt, geschützte personenbezogene Daten unbefugt zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu verarbeiten oder zu offenbaren; dies gilt auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit. Diese Personen sind über die bei ihrer Tätigkeit zu beachtenden Vorschriften über den Datenschutz zu unterrichten.

§ 37 Straftaten (BremDSG)

Wer gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, personenbezogene Daten entgegen den Vorschriften dieses Gesetzes

- 1 erhebt, speichert, verändert, übermittelt, zum Abruf bereithält, löscht oder nutzt,
- 2 abrufen, einsieht oder einem Dritten verschafft, wird mit einer Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Der Versuch ist strafbar.

§ 38 Ordnungswidrigkeiten (BremDSG)

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer personenbezogene Daten entgegen den Vorschriften dieses Gesetzes erhebt, speichert, übermittelt, löscht, zum Abruf bereithält, abrufen oder nutzt.
- (2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 25.000 Euro geahndet werden¹

¹ Verordnung über die Zuständigkeit für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Bremischen Datenschutzgesetz vom 06. Januar 2004 (Brem.GBl. S. 17)

§ 133 Verwahrungsbruch

- (1) Wer Schriftstücke oder andere bewegliche Sachen, die sich in dienstlicher Verwahrung befinden oder ihm oder einem anderen dienstlich in Verwahrung gegeben worden sind, zerstört, beschädigt, unbrauchbar macht oder der dienstlichen Verfügung entzieht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Dasselbe gilt für Schriftstücke oder andere bewegliche Sachen, die sich in amtlicher Verwahrung einer Kirche oder anderen Religionsgesellschaft des öffentlichen Rechts befinden oder von dieser dem Täter oder einem anderen amtlich in Verwahrung gegeben worden sind.
- (3) Wer die Tat an einer Sache begeht, die ihm als Amtsträger oder für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten anvertraut worden oder zugänglich geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 201 Verletzung der Vertraulichkeit des Wortes

- (1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer unbefugt
 1. das nichtöffentlich gesprochene Wort eines anderen auf einen Tonträger aufnimmt oder
 2. eine so hergestellte Aufnahme gebraucht oder einem Dritten zugänglich macht.
- (2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt
 1. das nicht zu seiner Kenntnis bestimmte nichtöffentlich gesprochene Wort eines anderen mit einem Abhörgerät abhört oder
 2. das nach Absatz 1 Nr. 1 aufgenommene oder nach Absatz 2 Nr. 1 abgehörte nichtöffentlich gesprochene Wort eines anderen im Wortlaut oder seinem wesentlichen Inhalt nach öffentlich mitteilt.

Die Tat nach Satz 1 Nr. 2 ist nur strafbar, wenn die öffentliche Mitteilung geeignet ist, berechnete Interessen eines anderen zu beeinträchtigen. Sie ist nicht rechtswidrig, wenn die öffentliche Mitteilung zur Wahrnehmung überragender öffentlicher Interessen gemacht wird.
- (3) Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer als Amtsträger oder als für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteter die Vertraulichkeit des Wortes verletzt (Absätze 1 und 2).
- (4) Der Versuch ist strafbar.
- (5) Die Tonträger und Abhörgeräte, die der Täter oder Teilnehmer verwendet hat, können eingezogen werden. § 74a ist anzuwenden.

§ 203 Verletzung von Privatgeheimnissen

- (1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als
 1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
 2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung,
 3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Rechtsanwalts-, Patentanwalts-, Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,
 4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
 - 4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
 5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
 6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen, steuerberaterlichen oder anwaltlichen Verrechnungsstelle anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als
 1. Amtsträger,
 2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,
 3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,
 4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates,
 5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder

6. Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfasst worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.
- (2a) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn ein Beauftragter für den Datenschutz unbefugt ein fremdes Geheimnis im Sinne dieser Vorschriften offenbart, das einem in den Absätzen 1 und 2 Genannten in dessen beruflicher Eigenschaft anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist und von dem er bei der Erfüllung seiner Aufgaben als Beauftragter für den Datenschutz Kenntnis erlangt hat.
- (3) Einem in Absatz 1 Nr. 3 genannten Rechtsanwalt stehen andere Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer gleich. Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlass erlangt hat.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.
- (5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

§ 204 Verwertung fremder Geheimnisse

- (1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, zu dessen Geheimhaltung er nach § 203 verpflichtet ist, verwertet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) § 203 Abs. 4 gilt entsprechend.

§ 206 Verletzung des Post- oder Fernmeldegeheimnisses

- (1) Wer unbefugt einer anderen Person eine Mitteilung über Tatsachen macht, die dem Post- oder Fernmeldegeheimnis unterliegen und die ihm als Inhaber oder Beschäftigtem eines Unternehmens bekanntgeworden sind, das geschäftsmäßig Post- oder Telekommunikationsdienste erbringt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Ebenso wird bestraft, wer als Inhaber oder Beschäftigter eines in Absatz 1 bezeichneten Unternehmens unbefugt
1. eine Sendung, die einem solchen Unternehmen zur Übermittlung anvertraut worden und verschlossen ist, öffnet oder sich von ihrem Inhalt ohne Öffnung des Verschlusses unter Anwendung technischer Mittel Kenntnis verschafft,
 2. eine einem solchen Unternehmen zur Übermittlung anvertraute Sendung unterdrückt oder
 3. eine der in Absatz 1 oder in Nummer 1 oder 2 bezeichneten Handlungen gestattet oder fördert.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für Personen, die
1. Aufgaben der Aufsicht über ein in Absatz 1 bezeichnetes Unternehmen wahrnehmen,
 2. von einem solchen Unternehmen oder mit dessen Ermächtigung mit dem Erbringen von Post- oder Telekommunikationsdiensten betraut sind oder
 3. mit der Herstellung einer dem Betrieb eines solchen Unternehmens dienenden Anlage oder mit Arbeiten daran betraut sind.
- (4) Wer unbefugt einer anderen Person eine Mitteilung über Tatsachen macht, die ihm als außerhalb des Post- oder Telekommunikationsbereichs tätigem Amtsträger auf Grund eines befugten oder unbefugten Eingriffs in das Post- oder Fernmeldegeheimnis bekanntgeworden sind, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (5) Dem Postgeheimnis unterliegen die näheren Umstände des Postverkehrs bestimmter Personen sowie der Inhalt von Postsendungen. Dem Fernmeldegeheimnis unterliegen der Inhalt der Telekommunikation und ihre näheren Umstände, insbesondere die Tatsache, ob jemand an einem Telekommunikationsvorgang beteiligt ist oder war. Das Fernmeldegeheimnis erstreckt sich auch auf die näheren Umstände erfolgloser Verbindungsversuche.

§ 353b Verletzung des Dienstgeheimnisses und einer besonderen Geheimhaltungspflicht

- (1) Wer ein Geheimnis, das ihm als
1. Amtsträger,
 2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten oder
 3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt, anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, unbefugt offenbart und dadurch wichtige öffentliche Interessen gefährdet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Hat der Täter durch die Tat fahrlässig wichtige öffentliche Interessen gefährdet, so wird er mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Wer, abgesehen von den Fällen des Absatzes 1, unbefugt einen Gegenstand oder eine Nachricht, zu deren Geheimhaltung er
1. auf Grund des Beschlusses eines Gesetzgebungsorgans des Bundes oder eines Landes oder eines seiner Ausschüsse verpflichtet ist oder
 2. von einer anderen amtlichen Stelle unter Hinweis auf die Strafbarkeit der Verletzung der Geheimhaltungspflicht förmlich verpflichtet worden ist, an einen anderen gelangen läßt oder öffentlich bekanntmacht und dadurch wichtige öffentliche Interessen gefährdet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (3) Der Versuch ist strafbar.
- (3a) Beihilfehandlungen einer in § 53 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 der Strafprozessordnung genannten Person sind nicht rechtswidrig, wenn sie sich auf die Entgegennahme, Auswertung oder Veröffentlichung des Geheimnisses oder des Gegenstandes oder der Nachricht, zu deren Geheimhaltung eine besondere Verpflichtung besteht, beschränken.
- (4) Die Tat wird nur mit Ermächtigung verfolgt. Die Ermächtigung wird erteilt
1. von dem Präsidenten des Gesetzgebungsorgans
 - a) in den Fällen des Absatzes 1, wenn dem Täter das Geheimnis während seiner Tätigkeit bei einem oder für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes bekanntgeworden ist,
 - b) in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1;
 2. von der obersten Bundesbehörde
 - a) in den Fällen des Absatzes 1, wenn dem Täter das Geheimnis während seiner Tätigkeit sonst bei einer oder für eine Behörde oder bei einer anderen amtlichen Stelle des Bundes oder für eine solche Stelle bekanntgeworden ist,
 - b) in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 2, wenn der Täter von einer amtlichen Stelle des Bundes verpflichtet worden ist;
 3. von der obersten Landesbehörde in allen übrigen Fällen der Absätze 1 und 2 Nr. 2.

§ 358 Nebenfolgen

Neben einer Freiheitsstrafe von mindestens sechs Monaten wegen einer Straftat nach den §§ 332, 335, 339, 340, 343, 344, 345 Abs. 1 und 3, §§ 348, 352 bis 353b Abs. 1, §§ 355 und 357 kann das Gericht die Fähigkeit, öffentliche Ämter zu bekleiden (§ 45 Abs. 2), aberkennen.

05 Informationsschreiben für Pflegeeinrichtungen und gesetzliche
Vertreter*innen

18.01.2016

Bewohner-Informationen zur mündlichen Aufklärung über die Studie „Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege“ (MoPIP)

Die Universität Bremen hat den Auftrag, ein neu entwickeltes Erhebungsinstrument zu testen, mit dem in der Zukunft die Qualität einer Pflegeeinrichtung ermittelt werden soll.

In diesem Zusammenhang werden vom 01. Februar bis 29. April 2016 und vom 01. August bis zum 28. Oktober 2016 in Pflegeeinrichtungen pflegerelevante Daten von Bewohnern erhoben. Die Daten der Bewohner/innen sind die Grundlage für die Qualitätsmessung.

Es werden verschiedene Informationen abgefragt, die in der Pflegedokumentation festgehalten sind oder durch Pflegekräfte eingeschätzt werden. Hierbei handelt es sich um Informationen über

- Mobilität
- Selbstständigkeit
- Druckgeschwüre
- Stürze und Sturzfolgen
- Schmerzen
- Inkontinenz
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Körpergröße und Gewicht
- Freiheitseinschränkende Maßnahmen
- Gestaltung des Einzugs in die Pflegeeinrichtung
- Mundgesundheit

Die Daten werden von den Pflegekräften der Pflegeeinrichtung erhoben.

Die Universität Bremen stellt hierzu tragbare Computer zur Verfügung, auf denen die Daten der Bewohner/innen eingetragen werden. Mitarbeiter der Universität Bremen werden die Pflegekräfte, die die Daten in den Computer eintragen, schulen.

Der Zugang zu diesem Computer ist mit einem Passwort geschützt. Jede berechtigte Pflegekraft erhält ihr eigenes Passwort. Eine Weitergabe des Passwortes ist nicht gestattet.

Zum Zeitpunkt der Schulung und während der Datensicherung besteht die Möglichkeit, dass die Mitarbeiter der Universität Bremen einen Einblick in die personenbezogenen Daten bekommen können und die Namen der Bewohner/innen sehen. Die Mitarbeiter/innen der Universität Bremen unterliegen dem Datenschutz. Sie sind verpflichtet, über alle Erkenntnisse in einer Pflegeeinrichtung und deren Bewohner Stillschweigen zu bewahren.

Die von den Pflegekräften eingetragenen Daten werden am Ende der Datenerhebungsphase auf Computer der Universität Bremen ohne Namen (anonymisiert) gespeichert. Statt der Namen der Bewohner/innen, werden Nummern verwendet. Die Nummern der Bewohner/innen sind der Pflegeeinrichtung bekannt. An die Universität Bremen wird diese Zuordnung nicht weitergegeben.

Die Auswertung der Daten erfolgt völlig anonym. Rückschlüsse auf Personen werden nach der Datenübertragung an die Universität Bremen nicht mehr möglich sein.

Für die Verwendung der Daten von den Bewohner/inne/n wird die Zustimmung benötigt. Die Zustimmung kann mündlich erfolgen, muss aber von der informierenden Pflegekraft dokumentiert werden. Hierzu kann die nachfolgende Tabelle verwendet werden.

Ansprechpartner an der Universität Bremen

Kontakt Mathias Fünfstück / Sina Siltmann
Telefon (0421) 218 – 58637, Fax (0421) 218 – 58623
E-Mail m.fuenfstueck@uni-bremen.de / siltmann@uni-bremen.de

18.01.2016

**Informationsschreiben für rechtliche Vertreter/innen von Bewohnern/innen
zur Studie „Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege“
(MoPIP)**

Die Universität Bremen hat den Auftrag, ein neu entwickeltes Erhebungsinstrument zu testen, mit dem in der Zukunft die Qualität einer Pflegeeinrichtung ermittelt werden soll.

In diesem Zusammenhang werden vom 01. Februar bis 29. April 2016 und vom 01. August bis zum 28. Oktober 2016 in Pflegeeinrichtungen pflegerelevante Daten von Bewohner/inne/n erhoben. Die Daten der Bewohner/innen sind die Grundlage für die Qualitätsmessung.

Es werden verschiedene Informationen abgefragt, die in der Pflegedokumentation festgehalten sind oder durch Pflegekräfte eingeschätzt werden. Hierbei handelt es sich um Informationen über

- Mobilität
- Selbstständigkeit
- Druckgeschwüre
- Stürze und Sturzfolgen
- Schmerzen
- Inkontinenz
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Körpergröße und Gewicht
- Freiheitseinschränkende Maßnahmen
- Gestaltung des Einzugs in die Pflegeeinrichtung
- Mundgesundheit

Die Daten werden von den Pflegekräften der Pflegeeinrichtung erhoben.

Die Universität Bremen stellt hierzu tragbare Computer zur Verfügung, auf denen die Daten der Bewohner/innen eingetragen werden. Mitarbeiter/innen der Universität Bremen werden die Pflegekräfte, die die Daten in den Computer eintragen, schulen.

Der Zugang zu diesem Computer ist mit einem Passwort geschützt. Jede berechtigte Pflegekraft erhält ihr eigenes Passwort. Eine Weitergabe des Passwortes ist nicht gestattet.

Zum Zeitpunkt der Schulung und während der Datensicherung besteht die Möglichkeit, dass die Mitarbeiter/innen der Universität Bremen einen Einblick in die personenbezogenen Daten bekommen können und die Namen der Bewohner/innen sehen. Die Mitarbeiter/innen der Universität Bremen unterliegen dem Datenschutz. Sie sind verpflichtet, über alle Erkenntnisse in einer Pflegeeinrichtung und deren Bewohner Stillschweigen zu bewahren.

Die von den Pflegekräften eingetragenen Daten werden am Ende der Datenerhebungsphase auf Computer der Universität Bremen ohne Namen (anonymisiert) gespeichert. Statt der Namen der Bewohner/innen, werden Nummern verwendet. Die Nummern der Bewohner sind der Pflegeeinrichtung bekannt. Die Universität Bremen ist diese Zuordnung nicht zugänglich.

Die Auswertung der Daten erfolgt völlig anonym. Rückschlüsse auf Personen werden nach der Datenübertragung an die Universität Bremen nicht mehr möglich sein.

Für die Verwendung der Daten von den Bewohner/inne/n wird Ihre Zustimmung benötigt. Die Zustimmung kann per Fax, Email oder auf dem Postweg erfolgen und wird von der zuständigen Pflegekraft dokumentiert.

Recht herzlichen Dank

Für weitere Fragen: Ansprechpartner an der Universität Bremen

Kontakt Mathias Fünfstück / Sina Siltmann
Telefon (0421) 218 – 58637, Fax (0421) 218 – 58623
E-Mail m.fuenfstueck@uni-bremen.de / siltmann@uni-bremen.de

06 Aufklärung und Einwilligung für Bewohner*innen und gesetzliche
Vertreter*innen Plausibilitätsprüfung

24. Oktober 2016

Informationsblatt

zur Einbindung des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) in die MoPIP-Studie (Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Universität Bremen Campus GmbH hat den Auftrag, ein neu entwickeltes Erhebungsinstrument zu testen, mit dem die Qualität einer Pflegeeinrichtung aufgezeigt werden soll. In diesem Zusammenhang haben Sie zugestimmt, dass pflegerelevante Daten von Ihnen erhoben und für die Studie pseudonymisiert gespeichert und ausgewertet werden dürfen.

In einem weiteren Schritt wird der **Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)** in die Studie eingebunden. Die Mitarbeiter/innen des MDK werden sich in Ihrer Einrichtung die erhobenen Daten anschauen und beurteilen, ob die Angaben nachvollziehbar sind.

Für diese Beurteilung erhalten die Mitarbeiter/innen des MDK von ausgewählten Bewohnern das pseudonymisierte Datenblatt, welches von der Einrichtung zugeordnet werden kann. Hierdurch erhalten die Mitarbeiter/innen des MDK einen Einblick in Ihre personenbezogenen Daten. Die Beurteilung der Angaben beinhaltet auch die Befragung von Teilnehmern und die Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von an der Studie teilnehmenden Pflegebedürftigen. Um den Pflegezustand der Haut zu beurteilen, kann es erforderlich sein, dass sich die Gutachter beispielsweise die Achselhöhlen, das Gesäß, die Füße oder Wunden ansehen.

Der MDK-Besuch steht nicht im Zusammenhang mit Ihrer Pflegestufe.

Die Teilnahme an der Befragung und die Inaugenscheinnahme ist freiwillig!

Wenn Sie die Inaugenscheinnahme oder die Befragung erkennbar ablehnen, wird dies jederzeit respektiert. Die Befragung oder Inaugenscheinnahme werden dann trotz vorheriger Einwilligung des Betroffenen oder seines gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten abgebrochen.

Für Fragen stehen Ihnen Ihre Einrichtungsleitung, die Mitarbeiter/innen des MDK und wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr MoPIP-Projektteam

Prof. Dr. Heinz Rothgang, Prof. Dr. Stefan Görres,

Mathias Fünfstück, Jochen Meyer und Maren Riemann

UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung

Prof. Dr. Stefan Görres

Sekretariat

Christiane Degering-Machirus

Telefon (0421) 218 - 68901

Fax (0421) 218 - 68981

eMail degering@uni-bremen.de

Besucheradresse

Grazer Str. 4

28359 Bremen

UBC-Zentrum für Sozialpolitik

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Sekretariat:

Vicki May

Telefon (0421) 218 - 58556

Fax (0421) 218 - 58623

eMail vicki.may@zes.uni-bremen.de

Besucheradresse

UNICOM - Gebäude

Mary-Somerville-Str. 5

28359 Bremen

Projektkoordination:

Mathias Fünfstück

Telefon (0421) 218 - 58637

Fax (0421) 218 - 58623

eMail mopip15@uni-bremen.de

Besucheradresse

UNICOM - Gebäude

Mary-Somerville-Str. 5

28359 Bremen

Raum 4310

✉ Universität Bremen · Projekt MoPIP · Postfach 33 04 40 · 28334 Bremen

5. Oktober 2016

Einwilligung des Pflegebedürftigen

zur Einbindung des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) / des MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. in die MoPIP-Studie (Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege)

Hiermit willige ich

Frau/Herr _____

geboren am _____

- in die Befragung durch den Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und/oder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) ein.
- in die Inaugenscheinnahme durch den Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und/oder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) ein.
- Das Informationsblatt habe ich erhalten, es wurde mir vorgelesen und erläutert.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Gutachter die Pflegekräfte befragen, Einblick in die personenbezogenen Daten der MoPIP-Studie und in die Pflegedokumentation erhalten.

Datum, Ort Unterschrift des Pflegebedürftigen

Der Pflegebedürftige kann nicht eigenhändig unterschreiben.

Begründung:

UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung

Prof. Dr. Stefan Görres

Sekretariat

Christiane Degering-Machirus

Telefon (0421) 218 - 68901

Fax (0421) 218 - 68981

eMail degering@uni-bremen.de

Besucheradresse

Grazer Str. 4

28359 Bremen

UBC-Zentrum für Sozialpolitik

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Sekretariat:

Vicki May

Telefon (0421) 218 - 58556

Fax (0421) 218 - 58623

eMail vicki.may@zes.uni-bremen.de

Besucheradresse

UNICOM - Gebäude

Mary-Somerville-Str. 5

28359 Bremen

Projektkoordination:

Mathias Fünfstück

Telefon (0421) 218 - 58637

Fax (0421) 218 - 58623

eMail mopip15@uni-bremen.de

Besucheradresse

UNICOM - Gebäude

Mary-Somerville-Str. 5

28359 Bremen

Raum 4310

✉ Universität Bremen · Projekt MoPIP · Postfach 33 04 40 · 28334 Bremen

5. Oktober 2016

Einwilligung des ges. Vertreters/Bevollmächtigten zur Befragung des Pflegebedürftigen

**Einbindung des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) / des
MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der
Krankenkassen e.V. in die MoPIP-Studie (Modellhafte Pilotierung von
Indikatoren in der stationären Pflege)**

Hiermit versichere ich _____
dass ich befugt bin, Frau/Herrn _____
geboren am _____ zu vertreten.

Hiermit willige ich ein,

- in die Befragung des von mir vertretenen, oben genannten
Pflegebedürftigen durch die Gutachter des MDK und/oder MDS.
- in die Inaugenscheinnahme des von mir vertretenen, oben genannten
Pflegebedürftigen durch die Gutachter des MDK und/oder MDS.

Ich bin damit einverstanden,

- dass die Gutachter auch die Pflegekräfte befragen, Einblick in die
personenbezogenen Daten der MoPIP-Studie und in die
Pflegedokumentation erhalten.
- Das Informationsblatt habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Ort

Unterschrift des gesetzl. Vertreters/Bevollmächtigten

UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung

Prof. Dr. Stefan Görres

Sekretariat
Christiane Degering-Machirus
Telefon (0421) 218 - 68901
Fax (0421) 218 - 68981
eMail degering@uni-bremen.de

Besucheradresse
Grazer Str. 4
28359 Bremen

UBC-Zentrum für Sozialpolitik

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Sekretariat:
Vicki May
Telefon (0421) 218 - 58556
Fax (0421) 218 - 58623
eMail vicki.may@zes.uni-bremen.de

Besucheradresse
UNICOM - Gebäude
Mary-Somerville-Str. 5
28359 Bremen

Projektkoordination:

Mathias Fünfstück
Telefon (0421) 218 - 58637
Fax (0421) 218 - 58623
eMail mopip15@uni-bremen.de

Besucheradresse
UNICOM - Gebäude
Mary-Somerville-Str. 5
28359 Bremen
Raum 4310

07 Information und Einwilligung Fokusgruppendifkussion

November 2016

Informationsschreiben für Interviewpartner und Interviewpartnerinnen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Universität Bremen hat den Auftrag, ein neu entwickeltes Erhebungsinstrument zu testen, mit dem in der Zukunft die Qualität einer Pflegeeinrichtung ermittelt werden soll. In diesem Zusammenhang werden im November 2016 in Pflegeheimen und Pflegeeinrichtungen Interviews mit Pflegebedürftigen, deren Angehörigen, Heimbeiräten und Mitarbeitenden der Pflegeberatung sowie mit Verbraucher*innen geführt.

Ihre Meinung dazu, wie verständlich zum Beispiel Informationen sind, die Sie zu der Qualität eines Pflegeheims erhalten sind ein wichtiger Bestandteil unserer wissenschaftlichen Studie. Gerne würden wir Sie deshalb in einem Interview dazu befragen. Die Mitarbeitenden, die die Interviews durchführen, sind speziell dafür geschult und nehmen insbesondere darauf Rücksicht, dass Sie durch das Gespräch nicht belastet werden. Das Interview wird ungefähr 45-60 Minuten in Anspruch nehmen und mit einem Aufnahmegerät aufgenommen. Wenn Sie mit einer solchen Befragung einverstanden sind, bitten wir Sie uns dies in der beiliegenden Einverständniserklärung mitzuteilen.

Welche Rechte haben Sie als Teilnehmerin und Teilnehmer?

Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie haben jederzeit das Recht Ihre Einwilligung, ohne Angabe von Gründen und ohne einen Nachteil befürchten zu müssen, zu widerrufen. In diesem Fall nehmen Sie nicht weiter an der Studie teil und alle auf Sie zurückführbaren Daten werden gelöscht.

Wie gehen wir mit Ihren Daten um?

Alle von Ihnen erhobenen Daten und Ihre Antworten sind ausschließlich mit einer Nummer versehen und damit pseudonymisiert. Für die Ergebnisauswertungen werden die Daten anonymisiert, so dass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist. Ihre Kontaktdaten werden lediglich zur Kontaktaufnahme mit Ihnen genutzt. Die Liste mit den Kontaktdaten (Schlüsselliste), wird nur in den an der Studie beteiligten wissenschaftlichen Instituten verwahrt und spätestens zum 30.04.2017 gelöscht. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Forschungsprojekt sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Falls Sie weitere Fragen zur Studie haben, beantworten wir Ihnen diese gerne am Telefon oder per E-Mail.

Wir bedanken uns herzlich für Ihr Interesse und freuen uns, wenn Sie sich für die Teilnahme entscheiden



Prof. Dr. Stefan Görres (Projektleiter)

Kontakt an der Universität Bremen

Telefon

(0421) 218 – 58637

E-Mail

mopip15@uni-bremen.de

Einwilligungserklärung

Ich habe das Informationsschreiben zu der Befragung im Forschungsprojekt MoPIP gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zum Ablauf der Befragung und zu möglichen Risiken zu stellen. Ich habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Untersuchung zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen.

Mir ist bekannt, dass meine Daten und Angaben aufgenommen, pseudonymisiert gespeichert und anonymisiert ausgewertet sowie ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens und dieser Einverständniserklärung erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

Name und Vorname (bitte deutlich schreiben)

Ort, Datum

Bremen, den 18.11.2016

Unterschrift der/des Mitwirkenden



Prof. Dr. Stefan Görres
(Projektleitung)

Kontakt an der Universität Bremen

Telefon

(0421) 218 – 58637

E-Mail

mopip15@uni-bremen.de

08 Leitfaden zur Implementierung des Instrumentariums zur Datenerfassung

Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)

Leitfaden zur Implementierung des Instrumentariums zur Datenerfassung¹

2.0

Inhalt

I. Anmeldung und Bewohnerauswahl	2
II. Der Erhebungsbogen im Einzelnen	5
1 Allgemeine Angaben zum Bewohner	5
2 Mobilität.....	9
3 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten.....	14
4 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	20
5 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	23
6 Selbstversorgung	25
7 Dekubitus	31
8 Körpergröße und Gewicht	33
9 Sturzfolgen.....	34
10 Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	35
11 Schmerz	36
12 Heimeinzug.....	38
13 Einschätzung von Verhaltensweisen.....	39
14 Blasenkontinenz.....	40
15 Mundgesundheit.....	40
16 Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	41
III. Grundsätzliches zur Erfassung von Selbstständigkeit.....	46

¹ Dieser Leitfaden basiert auf dem Schulungsleitfaden von Wingefeld et al. (2011 – Anhang D). Für eine bessere Lesbarkeit wurden die direkt und indirekt übernommenen Originaltexte nicht zitiert und zudem auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Selbstverständlich sind dennoch ausdrücklich beide Geschlechtsformen gemeint.

I. Anmeldung und Bewohnerauswahl

Anmeldung starten

1. Wählen Sie die jeweilige Projektphase aus, für die Sie die Daten eingeben möchten.
Mitarbeiter/in A Phase T2_A erste Erhebung
Mitarbeiter/in B Phase T2_B parallele Erhebung
Mitarbeiter/in A Phase T3 zweite Erhebung
2. Wählen Sie ihren Benutzernamen aus
3. Geben Sie über die Tastatur oder das „Anklicken“ der Zahlen Ihre 4-stellige PIN ein
4. Klicken Sie auf das grüne Icon, um sich einzuloggen

Die PIN haben Sie am Schulungstag selbst für sich vergeben.

Wenn Sie sich vertippt haben...

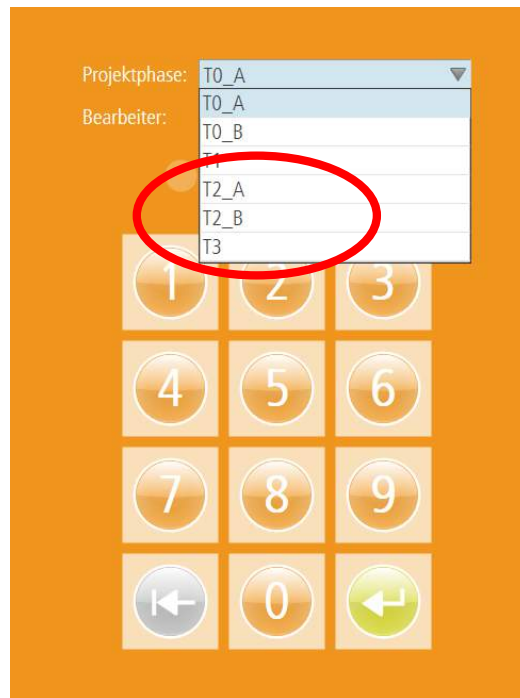
Durch Betätigen des blauen Icons löschen Sie die jeweils letzte Eingabe.



WICHTIG!

Achten Sie darauf, dass Sie die richtige Projektphase eingestellt haben.

Für diesen Erhebungsblock brauchen Sie nur die Phasen **T2_A** oder **T2_B** oder **T3**.



Welche Mitarbeiter brauchen welche Phasen?

Mitarbeiter A – erhebt die Daten 2x

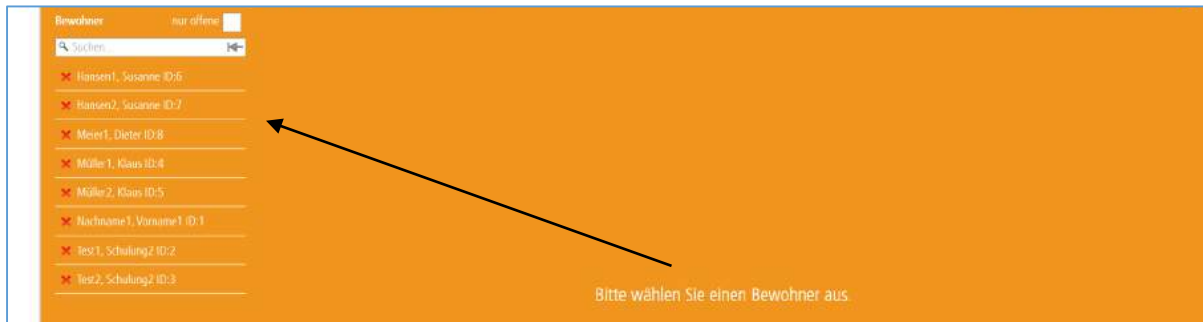
- 2-fache Datenerhebung für jeden Bewohner
- 1. Datenerhebung: Projektphase T2_A (blau)
- 2. Datenerhebung erfolgt 7 Tage später: Projektphase T3 (violett)

Mitarbeiter B – erhebt die Daten 1x

- 1-fache Datenerhebung für jeden Bewohner
- Projektphase T2_B (gelbgrün)

Nach der erfolgreichen Anmeldung ...

- Links erscheint die Bewohnerliste
- Die Namen sind alphabetisch geordnet
- Durch scrollen können Sie den gesuchten Bewohner leicht finden
- Bei einer langen Liste können Sie alternativ im Suchfeld die ersten Buchstaben des Bewohnernamens eingeben



Nur „offene“ Bewohner...

Über das Setzen eines Hakens hinter „nur offene“ werden nur diejenigen Bewohner angezeigt, deren Dateneingabe noch nicht vollständig ist oder noch gar nicht erfolgt ist.

Links neben den Namen der Bewohner können Sie sehen, ob die Eingabe für einen Bewohner vollständig (grüner Haken) oder noch nicht vollständig (rotes Kreuz) ist.



II. Der Erhebungsbogen im Einzelnen

Allgemeiner Hinweis:

Alle Angaben, die Sie erfassen, müssen belegt werden können, also über die Dokumentation nachweisbar sein.

1 Allgemeine Angaben zum Bewohner

1. Allgemeine Angaben zum Bewohner * = Hinweise im Implementationsleitfaden

1.1 Datum des Heimeinzugs: 

1.2 Liegt ein richterlicher Beschluss zu freiheitsentziehenden Maßnahmen vor? ja nein

1.2 Beantworten Sie die Frage mit ja, wenn


- a. ein richterlicher Beschluss vorliegt
- b. ein Schreiben vom Gericht vorliegt, mit dem bescheinigt wird, dass die beantragte Maßnahme keine freiheitseinschränkende Maßnahme darstellt (meistens aufgrund des immobilen Zustandes des Betroffenen)

1.3 Ist es bei dem Bewohner in den vergangenen 6 Monaten zu einem Krankheitsereignis gekommen, das zu einem anhaltenden Verlust an Selbständigkeit oder zu körperlichen Einschränkungen geführt hat?*

ja nein

Bitte die Erkrankung und deren Zeitpunkt angeben*: (Mehrfachangaben)

Apoplex

Fraktur am: 

Herzinfarkt

Sonstige Erkrankung

1.3 Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn:

- die Selbstständigkeit eines Bewohners (z. B. bei der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme oder der Fortbewegung) in Folge einer akuten Erkrankung oder der akuten Verschlechterung einer chronischen Gesundheitsstörung abgenommen hat

und

- diese Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit ganz oder teilweise bis zum Erhebungstag fortbestehen.

Geben Sie dann die Art der Erkrankung und deren Entstehungszeitpunkt an. Zum Zeitpunkt ist eine ungefähre Angabe (z. B. Mitte September) ausreichend.

1.4 Bestehen bei dem Bewohner außergewöhnliche Erkrankungen oder Belastungen, die zu einem speziellen Unterstützungsbedarf führen (z.B. MS, Wachkoma, Beatmungspflicht)?*

ja nein

Um welche Erkrankung oder Belastung handelt es sich?

- 1.4 Beantworten Sie die Frage mit „ja“ wenn bei dem Bewohner außergewöhnliche Erkrankungen oder Belastungen vorliegen, die einen ungewöhnlichen oder besonders hohen pflegerischen Unterstützungsbedarf zur Folge haben. Dieser könnte z. B. durch aufwändige medizinische Therapien (z. B. Beatmung) oder ausgeprägte Krankheitssymptome (z. B. bei einer MS-Erkrankung) entstehen.

1.5 Ist dokumentiert, dass der Bewohner oder andere autorisierte Personen die Durchführung fachlich gebotener Prophylaxemaßnahmen ablehnen?*

ja nein

Bitte geben Sie an, wer die Maßnahmen abgelehnt hat: (Mehrfachangaben)

Bewohner

Um welche Maßnahmen handelt es sich?

Angehörige/Betreuer

- 1.5 Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn aus der Pflegedokumentation hervorgeht, dass der Bewohner oder seine Angehörigen bzw. der Betreuer die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen, die aus fachlicher Sicht notwendig wären, ablehnt. Bitte geben Sie auch an, um welche konkreten Maßnahmen es sich handelt.

1.6 Bewusstseinszustand:* wach schläfrig somnolent komatös

- **wach:** Der Bewohner ist ansprechbar und kann an Aktivitäten teilnehmen.
- **schläfrig:** Der Bewohner ist ansprechbar und gut erweckbar, wirkt jedoch müde und ist verlangsamt in seinen Handlungen.
- **somnolent:** Der Bewohner ist sehr schläfrig und kann nur durch starke äußere Reize (z. B. kräftiges Rütteln an der Schulter oder mehrfaches, sehr lautes Ansprechen) geweckt werden.
- **komatös:** Der Bewohner kann durch äußere Reize nicht mehr geweckt werden.

1.7 Geburtsdatum: Datum auswählen

1.8 Geschlecht männlich weiblich

Anzahl der Geburten:

- 1.8 Wird das Geschlecht mit „weiblich“ angegeben, erscheint ein zusätzliches Fenster mit der Abfrage nach der „Anzahl der Geburten“. Hier tragen Sie bitte die in der Dokumentation hinterlegte Anzahl der bekannten Geburten ein.

1.9 Pflegestufe PS 0 PS 1 PS 2 PS 3 Härtefall

1.9A Liegt der Nachweis einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz gemäß §45a SGB XI vor?
 ja nein

- 1.9 Bitte geben Sie die am Tag der Datenerhebung gültige Pflegestufe an. Aktuell laufende Höherstufungsverfahren sollen nicht berücksichtigt werden.
- 1.9A Bitte geben Sie an, ob vom MDK eine eingeschränkte Alltagskompetenz bescheinigt wurde.

1.10 Anzahl der Krankenhaustage in den letzten 6 Monaten

- 1.10 Bitte geben Sie an, wie viele Krankenhaustage in den letzten 6 Monaten angefallen sind. Bitte zählen Sie auch den Aufnahme- und Entlassungstag zu den Krankenhaustagen hinzu. Bei Aufnahme und Entlassung am selben Tag wird ein Tag gezählt. Auch Besuche einer Notaufnahme, Rehaklinik u.a. stationäre Aufenthalte zählen zu den Krankenhaustagen.

Beispiel:

Der Bewohner hat vom 14.01.-21.01.2016 im Krankenhaus gelegen. Damit hat er 8 Tage dort verbracht (14./15./16./17./18./19./20./21.).

1.11 Anzahl der verschiedenen Medikamente (verordnet, ohne Bedarfsmedikation):

1.12 Anzahl der verschiedenen Bedarfsmedikationen (verordnet):

- 1.11 Bitte tragen Sie die Anzahl der verordneten Medikamente ein. Medikamente, die vom Bewohner zusätzlich genommen werden (z. B. nichtverordnete Vitamintabletten) werden nicht dazugezählt. Zu den Medikamenten werden alle Verordnungen gezählt (auch Salben), jedoch keine Heil- und Hilfsmittel.
- 1.12 Bitte tragen Sie die Anzahl der verordneten Bedarfsmedikamente ein. Wurden Bedarfsmedikationen länger als 3 Monate nicht abgerufen, werden Sie nicht mehr hinzugezählt.

1.14 War der Bewohner in den letzten 6 Monaten beatmungspflichtig? ja nein

Wie viele Beatmungsstunden hat es durchschnittlich im/pro Monat gegeben?

- 1-8 h
- 9-24 h
- 25-72 h
- 73-240 h
- > 240 h

1.14 Beatmung findet immer druckunterstützend statt. Der Betroffenen könnte ohne Beatmung nicht oder nur unzureichend Luft holen. Die reine Sauerstoffgabe ist keine Beatmung.

1.15 Für den Bewohner sind folgende ärztliche Diagnosen in der Pflegedokumentation hinterlegt:

Herz- und Kreislauf-Erkrankungen:

Hypertonie

ja nein

1.15 Bitte geben Sie an, welche Diagnosen ärztlich festgestellt worden sind. Hier sind nicht alle Diagnosen zu finden, sondern die wichtigsten. Wenn kleine Abwandlungen vorhanden sind, können Sie die Diagnosen dennoch angeben.

Bei fehlenden Diagnosen, aber vorhandenen Erkrankungen, können die Diagnosen aufgenommen werden, wenn entsprechende medizinische Maßnahmen verordnet worden sind (Medikamente, Heilmittel, Hilfsmittel).

Eine Diagnose darf als vorhanden gewertet werden, wenn (Beispiele):

- Insulin verordnet wurde, aber keine Diagnose zum Diabetes vorhanden ist
- Inkontinenzmaterial verordnet wurde, aber keine Diagnose zur Inkontinenz vorhanden ist
- Physiotherapie verordnet ist, zum Grund aber keine Diagnose vorhanden ist

Die Diagnosen erscheinen zunächst unübersichtlich, folgen jedoch einer Struktur:

- Herz- und Kreislauf-Erkrankungen
- Krebs/Bösartige Neubildungen
- Skelett, Muskeln, Bindegewebe
- Psychiatrisch, Nervensystem
- Atmungsorgane
- Endokrinopathien
- Verdauungsorgane
- Harn- und Geschlechtsorgane
- Infektionen/Meldepflichtige Krankheiten
- Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes
- Suchterkrankungen
- Verletzungen, Vergiftungen
- Sonstige Krankheiten
- Zustand nach... (Amputation, Verbrennungen, Mehrfachverletzungen u.a.m.)

2 Mobilität

2. Mobilität		0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig			
2.1	Positionwechsel im Bett	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2.2	Stabile Sitzposition halten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2.3	Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2.5	Treppensteigen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

Ausschließlich die motorische Fähigkeit, eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen werden eingeschätzt. Nur Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination werden erhoben.

2.1 Positionswechsel im Bett

Einnehmen von verschiedenen Positionen im Bett, Drehen um die Längsachse, Aufrichten aus dem Liegen.

- 0 Selbständig: Selbständig ist auch eine Person, die ihre Position unter Nutzung von Hilfsmitteln (Aufrichter, Bettgitter, Strickleiter, elektrisch verstellbares Bett) allein verändern kann.
- 1 Überwiegend selbständig: Die Person kann beispielsweise nach Anreichen eines Hilfsmittels oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.
- 2 Überwiegend unselbständig: Eine Person, die beim Positionswechsel nur wenig mithelfen kann (z. B. auf den Rücken rollen, am Bettgestell festhalten, Aufforderungen folgen wie z. B. Arme vor der Brust verschränken, Kopf auf die Brust legen).
- 3 Unselbständig: Personen, die auch hierzu nicht in der Lage sind.

2.2 Stabile Sitzposition halten

Auf einem Bett oder Stuhl frei, d. h. ohne Rücken- oder Seitenstütze sitzen.

- 0 Selbständig: Selbständig ist eine Person auch dann, wenn sie sich mit den Händen abstützen muss, um die aufrechte Sitzposition zu halten.
- 1 Überwiegend selbständig: Eine Person, die sich ohne Seitenstütze nicht oder nur kurz selbständig in der Sitzposition halten kann, aber auf einem Sessel mit Armlehnen längere Zeit sitzen kann.
- 2 Überwiegend unselbständig: Person mit eingeschränkter Rumpfkontrolle, die aber in einem Sessel oder Lagerungsstuhl mit entsprechenden Rücken- und Seitenstützen gesichert längere Zeit aufrecht sitzen kann.

3 Unselbständig: Die Person kann sich auch mit Lagerungshilfsmitteln nicht in Sitzposition halten. Bei fehlender Rumpf- und Kopfkontrolle kann die Person nur im Bett oder Lagerungsstuhl liegend gelagert werden.

2.3 Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen

Von einer erhöhten Sitzfläche (Bettkante, Stuhl/Sessel, Bank, Toilette etc.) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl/Toilettenstuhl, Sessel o. ä. umsetzen.

0 Selbständig: Selbständig ist jemand auch dann, wenn er keine Personenhilfe benötigt, aber ein Hilfsmittel oder einen anderen Gegenstand zum Festhalten oder Hochziehen (z. B. Griffstangen) benutzt oder sich auf Tisch/Armlehnen oder sonstigen Gegenständen abstützen muss, um aufzustehen. Als selbständig ist auch zu bewerten, wer zwar nicht stehen kann, aber sich mit Armkraft ohne personelle Hilfe umsetzen kann (z. B. Bett – Rollstuhl, Rollstuhl – Toilette).

1 Überwiegend selbständig: Die Person kann aus eigener Kraft aufstehen oder sich umsetzen, wenn sie eine Hand oder einen Arm gereicht bekommt.

2 Überwiegend unselbständig: Die Pflegeperson muss beim Aufstehen/Umsetzen (erheblichen) Kraftaufwand aufbringen (hochziehen, halten, stützen, heben). Die beeinträchtigte Person hilft jedoch in geringem Maße mit, kann z. B. kurzzeitig stehen.

3 Unselbständig: Die Person muss gehoben oder getragen werden, Mithilfe ist nicht möglich.

2.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs

Sich innerhalb einer Wohnung oder im Wohnbereich einer Einrichtung zwischen den Zimmern sicher bewegen, ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln (z. B. Stock, Rollator, Rollstuhl, Gegenstand). Als Richtgröße für übliche Gehstrecken innerhalb einer Wohnung werden mindestens 8 m festgelegt. Die Fähigkeiten zur räumlichen Orientierung und zum Treppensteigen sind an anderer Stelle zu berücksichtigen.

0 Selbständig: Selbständig ist der Bewohner auch dann, wenn er sich ohne Hilfe anderer Personen unter Nutzung von Hilfsmitteln im Wohnbereich fortbewegen kann.

1 Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen. Personelle Hilfe ist beispielsweise erforderlich im Sinne von Bereitstellen von Hilfsmitteln (Rollator, Gehstock, Rollstuhl), Beobachtung aus Sicherheitsgründen oder gelegentlichem Stützen/Unterhaken.

2 Überwiegend unselbständig: Gehen in der Wohnung ist nur mit Stützung oder Festhalten der Person möglich.

3 Unselbständig: Die Person muss getragen oder im Rollstuhl geschoben werden.

2.5 Treppensteigen

Die Überwindung von Treppen zwischen zwei Etagen. Treppensteigen ist unabhängig davon zu bewerten, ob in der Wohnumgebung Treppen vorhanden sind.

- 0 Selbständig: Die Treppe kann ohne Personenhilfe sicher hoch- und hinabgestiegen werden.
- 1 Überwiegend selbständig: Die Person kann die Treppe alleine steigen, benötigt aber Begleitung wegen eines Sturzrisikos.
- 2 Überwiegend unselbständig: Treppensteigen ist nur mit Stützen oder Festhalten der Person möglich.
- 3 Unselbständig: Person muss getragen oder mit Hilfsmitteln transportiert werden, keine Eigenbeteiligung.

EBoMO (modifiziert)		0 = selbständig 1 = mit Hilfsmittel 2 = mit Personenhilfe 3 = komplett unselbständig			
2.6	POSITIONSWECHSEL IM BETT - Dreht sich im Bett von einer Seite zur anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.7	POSITIONSWECHSEL IM BETT - Stellt die Beine auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.8	TRANSFER - Begibt sich von der Rückenlage im Bett in die Sitzposition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.9	TRANSFER - Verlagert in der sitzenden Position das Gleichgewicht zum Stehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.10	TRANSFER - Richtet den Oberkörper auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.11	SITZEN IM STUHL - Sitzt frei (Rumpfkontrolle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.12	STEHEN - Hält beim Stehen das Gleichgewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.13	GEHEN - Hält beim Gehen das Gleichgewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.14	TREPPEN STEIGEN - Steigt Treppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.15	BEWEGUNG - Bewegt sich innerhalb der Einrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.16	BEWEGUNG - Bewegt sich außerhalb der Einrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.6 POSITIONSWECHSEL IM BETT - Dreht sich im Bett von einer Seite zur anderen

2.7 POSITIONSWECHSEL IM BETT - Stellt die Beine auf

Hier wird erfasst, in wie weit der Betroffene in der Lage ist, sich im Bett selbständig zu bewegen (Drehen von der Rücken- in die Seitenlage bzw. Aufstellen der Beine).

- 0 Selbständig: Die Person bewegt sich im Bett selbständig.
- 1 Mit Hilfsmittel: Die Person benötigt ein Hilfsmittel, um die Aktivität durchzuführen.
- 2 Mit Personenhilfe: Die Person benötigt Anleitung oder leichte Unterstützung durch eine Pflegeperson, um die Aktivität durchzuführen.
- 3 Komplette unselbständig: Die Person kann die Aktivität nicht mehr durchführen, eine vollständige Übernahme durch die Pflegekraft ist erforderlich.

2.8 TRANSFER - Begibt sich von der Rückenlage im Bett in die Sitzposition

2.9 TRANSFER - Verlagert in der sitzenden Position das Gleichgewicht zum Stehen

2.10 TRANSFER - Richtet den Oberkörper auf

Hier ist einzuschätzen, inwieweit der Bewohner den Transfer durchführen kann.

- | | |
|---------------------------|--|
| 0 Selbständig: | Die Person kann einen Positionswechsel selbständig durchführen. |
| 1 Mit Hilfsmittel: | Die Person benötigt ein Hilfsmittel, um den Positionswechsel selbständig durchzuführen. |
| 2 Mit Personenhilfe: | Die Person benötigt Anleitung oder leichte Unterstützung durch eine Pflegeperson, um den Positionswechsel durchzuführen. |
| 3 komplett unselbständig: | Die Person kann den Positionswechsel nicht mehr durchführen, eine vollständige Übernahme durch die Pflegekraft ist erforderlich. |

2.11 SITZEN IM STUHL - Sitzt frei (Rumpfkontrolle)

Hier ist einzuschätzen, ob und wie lange der Bewohner in der Lage ist, frei zu sitzen (in welchem Maße ist die Kopf- und Rumpfkontrolle vorhanden).

- | | |
|---------------------------|---|
| 0 Selbständig: | Die Person kann ohne Hilfe <u>frei</u> sitzen. |
| 1 Mit Hilfsmittel: | Die Person kann nur mit Hilfsmittel (z.B. das Festhalten an der Lehne) <u>frei</u> sitzen. |
| 2 Mit Personenhilfe: | Die Person kann nur mit Personenhilfe <u>frei</u> sitzen, die Rumpfkontrolle ist aber weitgehend vorhanden. |
| 3 komplett unselbständig: | Die Person kann trotz Hilfsmittel und Personenhilfe nicht <u>frei</u> sitzen. |

2.12 STEHEN - Hält beim Stehen das Gleichgewicht

2.13 GEHEN - Hält beim Gehen das Gleichgewicht

2.14 TREPPEN STEIGEN - Steigt Treppen

Hier ist einzuschätzen, ob der Bewohner in der Lage ist, zu stehen sowie auf einer ebenen Strecke zu gehen.

- | | |
|---------------------------|---|
| 0 Selbständig: | Die Person kann die Aktivität ohne Hilfestellung bewältigen. |
| 1 Mit Hilfsmittel: | Die Person benötigt zum Halten des Gleichgewichtes ein Hilfsmittel (z.B. Rollator), der Muskeltonus in den Beinen ist aber weitgehend vorhanden. |
| 2 Mit Personenhilfe: | Die Person benötigt zum Halten des Gleichgewichtes Personenhilfe, der Muskeltonus in den Beinen ist aber weitgehend vorhanden. |
| 3 komplett unselbständig: | Die Person kann trotz Hilfsmittel und Personenhilfe nicht stehen/gehen. d.h. die Aktivität muss vollständig von der Pflegekraft übernommen werden (z.B. durch einen Lifter). Der Muskeltonus in den Beinen ist nicht vorhanden. |

2.15 BEWEGUNG - Bewegt sich innerhalb der Einrichtung

2.16 BEWEGUNG - Bewegt sich außerhalb der Einrichtung

Hier ist einzuschätzen, ob der Bewohner in der Lage ist, sich innerhalb und außerhalb der Einrichtung fortzubewegen.

- 0 Selbständig: Die Person bewegt sich ohne Hilfestellung innerhalb und/oder außerhalb der Einrichtung.
- 1 Mit Hilfsmittel: Die Person benötigt zur Bewegung innerhalb und/oder außerhalb der Einrichtung ein Hilfsmittel (z.B. Rollator, Rollstuhl, der selbständig bewegt werden kann).
- 2 Mit Personenhilfe: Die Person benötigt zur Bewegung innerhalb und/oder außerhalb der Einrichtung Personenhilfe und ggf. zusätzlich ein Hilfsmittel (z.B. Rollator, Rollstuhl).
- 3 Komplett unselbständig: Die Person kann sich trotz Hilfsmittel und Personenhilfe innerhalb und/oder außerhalb der Einrichtung nicht bewegen. Der Bewegungsradius ist auf das Bewohnerzimmer beschränkt.

Es ist dokumentiert, dass der Bewohner ...	0 = nein/nie	1 = maximal 1x wöchentlich	2 = mehrmals wöchentlich	3 = täglich
2.17 ... Angst davor hat zu stürzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.18 ... unter „Schwindel“ leidet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 2.17 Ist im Rahmen der Pflegeplanung, in Pflegeberichten oder Assessments festgehalten worden, dass der Bewohner Angst davor hat zu stürzen? Die Ängste werden geäußert oder sind anhand von Anzeichen (Festklammern oder anderes) zu erkennen.
- 2.18 Ist im Rahmen der Pflegeplanung, in Pflegeberichten oder Assessments festgehalten worden, dass der Bewohner unter Schindel/Schwindelanfälle/körperliche Schwächesignale leidet?

3 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten		Die Fähigkeit ist: 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden			
3.1	Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3.2	Örtliche Orientierung	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3.3	Zeitliche Orientierung	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3.4	Gedächtnis	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3.5	Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3.6	Entscheidungen im Alltagsleben treffen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3.7	Sachverhalte und Informationen verstehen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3.8	Risiken und Gefahren erkennen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3.9	Mitteilung elementarer Bedürfnisse	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3.10	Verstehen von Aufforderungen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3.11	Beteiligung an einem Gespräch	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

Hier ist einzuschätzen, inwieweit die aufgeführten Fähigkeiten beeinträchtigt sind. Bitte beziehen Sie sich bei der Einschätzung auf die für den Bewohner typische Leistungsfähigkeit. Es werden vier Abstufungen unterschieden:

0 = Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt

Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.

1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die Person hat häufig und/oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden.

3 = Fähigkeit nicht vorhanden

Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

Erläuterungen und Beispiele zu den einzelnen kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten:

3.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen

- 0 Die **Fähigkeit**, Personen aus dem näheren Umfeld wiederzuerkennen, d. h. Menschen, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht. Dazu gehören Familienmitglieder, Nachbarn, ggf. aber auch Pflegekräfte eines ambulanten Dienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung.
- 1 Die **Fähigkeit ist größtenteils vorhanden**, wenn diese Personen beispielsweise erst nach einer längeren Zeit des Kontaktes in einem Gespräch erkannt werden oder wenn nicht täglich, aber doch in regelmäßigen Abständen Schwierigkeiten bestehen, vertraute Personen zu erkennen.
- 2 Von einer **in geringem Maße vorhandenen Fähigkeit** ist auszugehen, wenn die aus dem näheren Umfeld stammenden Personen nur selten erkannt werden oder wenn die Fähigkeit ggf. von der Tagesform abhängt, d. h. im Zeitverlauf erheblichen Schwankungen unterliegt.
- 3 Bei **nicht vorhandener Fähigkeit** werden auch Familienmitglieder nicht oder nur ausnahmsweise erkannt.

3.2 Örtliche Orientierung

Die Fähigkeit, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt anzusteuern und zu wissen, wo man sich befindet.

- 0 Bei **vorhandener örtlicher Orientierung** kann die Frage, in welcher Stadt, auf welchem Stockwerk und ggf. in welcher Einrichtung die Person sich befindet, korrekt beantwortet werden. Außerdem werden regelmäßig genutzte Räumlichkeiten (beispielsweise eigenes Wohnzimmer, Küche etc.) stets erkannt. Ein Verirren in den Räumlichkeiten der eigenen Wohnung (oder des Wohnbereichs in einer Einrichtung) kommt nicht vor und die Person findet sich auch in der näheren außerhäuslichen Umgebung zurecht. Sie weiß beispielsweise, wie sie zu benachbarten Geschäften, zu einer Bushaltestelle oder zu einer anderen nahe gelegenen Örtlichkeit gelangt.
- 1 Bei **größtenteils vorhandener Fähigkeit** bestehen Schwierigkeiten, sich in der außerhäuslichen Umgebung zu orientieren (beispielsweise nach Verlassen des Hauses wieder den Weg zurück zu finden). In den eigenen Wohnräumen existieren solche Schwierigkeiten hingegen nicht.
- 2 Eine **in geringem Maße vorhandene Fähigkeit** bedeutet, dass die Person auch in einer gewohnten Wohnumgebung Schwierigkeiten hat, sich zurechtzufinden. Regelmäßig genutzte Räumlichkeiten und Wege in der Wohnumgebung werden nicht immer erkannt.
- 3 Bei **nicht vorhandener Fähigkeit** ist die Person selbst in der eigenen Wohnumgebung regelmäßig auf Unterstützung angewiesen.

3.3 Zeitliche Orientierung

Die Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen. Dazu gehören Uhrzeit, Tagesabschnitte (Vormittag, Nachmittag, Abend etc.), Jahreszeiten und die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens. Aufschluss über die Fähigkeit zur zeitlichen Orientierung geben Antworten auf die Frage nach der Jahreszeit, dem Jahr, dem Wochentag, dem Monat oder der Tageszeit.

- 0 **Fähigkeit vorhanden:** Die zeitliche Orientierung ist ohne nennenswerte Beeinträchtigungen vorhanden.
- 1 **Fähigkeit größtenteils vorhanden:** Die Person ist die meiste Zeit über zeitlich orientiert, aber nicht durchgängig. Sie hat auch Schwierigkeiten, ohne äußere Orientierungshilfen (Uhr, Dunkelheit etc.) den Tagesabschnitt zu bestimmen

- 2 **Fähigkeit in geringem Maße vorhanden:** Die zeitliche Orientierung ist die meiste Zeit nur in Ansätzen vorhanden. Die Person ist auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zumeist nicht in der Lage, Tageszeiten zu erkennen, zu denen regelmäßig bestimmte Ereignisse stattfinden (z. B. Mittagessen).
- 3 **Fähigkeit nicht vorhanden:** Das Verständnis für zeitliche Strukturen und Abläufe ist kaum oder noch nicht vorhanden.

3.4 Gedächtnis

- 0 Die **Fähigkeit**, wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern. Von Belang sind dabei sowohl kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen (gleicher Tag) wie auch länger zurückliegende (mehrere Tage oder Wochen bei Kindern bzw. aus fernerer Vergangenheit bei Erwachsenen). Möglichkeiten, unabhängig von der Fremdanamnese Aufschluss über die Fähigkeit des Erinnerns an kurz zurückliegende Ereignisse zu erhalten, bestehen beispielsweise in der Frage danach, was zum Frühstück gegessen wurde oder mit welchen Tätigkeiten man den Vormittag verbracht hat. Im Hinblick auf das Langzeitgedächtnis kommt beispielsweise bei Erwachsenen die Frage nach Geburtsjahr, Geburtsort oder wichtigen Bestandteilen des Lebensverlaufs wie Eheschließung, Berufstätigkeit etc. in Betracht.
- 1 **Eine größtenteils vorhandene Fähigkeit** liegt vor, wenn die Person Schwierigkeiten hat, sich an manche kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern und/oder hierzu länger nachdenken muss, aber keine nennenswerten Probleme hat, Ereignisse aus der eigenen Lebensgeschichte zu erinnern.
- 2 **Fähigkeit in geringem Maße vorhanden:** Kurz zurückliegende Ereignisse werden häufig vergessen. Nicht alle, aber wichtige Ereignisse aus der eigenen Lebensgeschichte sind dem Erwachsenen noch präsent.
- 3 **Fähigkeit nicht vorhanden:** Person ist nicht (oder nur selten) in der Lage, sich an Ereignisse, Dinge oder Personen aus der eigenen Lebensgeschichte zu erinnern.

3.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen

Die Fähigkeit, mehrschrittige Alltagshandlungen in der richtigen Reihenfolge und bis zum Abschluss ausführen bzw. steuern zu können. Die Betonung liegt in diesem Fall auch auf dem Begriff Alltagshandlungen. Gemeint sind zielgerichtete Handlungen, die diese Person täglich oder nahezu täglich im Lebensalltag durchführt oder durchgeführt hat und die eine Abfolge von Teilschritten umfassen, wie das komplette Ankleiden.

- 0 **Fähigkeit vorhanden:** Die Person ist in der Lage, die erforderlichen Handlungsschritte selbständig in der richtigen Reihenfolge auszuführen oder zu steuern, so dass das angestrebte Ergebnis der Handlung erreicht wird.
- 1 **Fähigkeit größtenteils vorhanden:** Die Person verliert manchmal den Faden und vergisst, welcher Handlungsschritt der nächste ist. Erhält sie dabei eine Erinnerungshilfe, kann sie die Handlung aber selbständig fortsetzen.
- 2 **Fähigkeit in geringem Maße vorhanden:** Die Person hat erhebliche Schwierigkeiten. Sie verwechselt regelmäßig die Reihenfolge der einzelnen Handlungsschritte oder vergisst einzelne, notwendige Handlungsschritte.
- 3 **Fähigkeit nicht vorhanden:** Mehrschrittige Alltagshandlungen werden erst gar nicht begonnen oder nach den ersten Versuchen aufgegeben.

3.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen

Auch in diesem Zusammenhang sollen nur alltägliche Entscheidungen einbezogen werden. Dazu gehört beispielsweise beim Erwachsenen die dem Wetter angepasste Auswahl von Kleidung, die Entscheidung über die Durchführung von Aktivitäten wie Einkaufen, Familienangehörige oder Freunde anrufen, einer Freizeitbeschäftigung nachzugehen. Zu klären ist hier die Frage, ob die Entscheidungen folgerichtig sind, d. h. geeignet sind, das angestrebte Ziel zu erreichen und/oder ein gewisses Maß an Sicherheit und Wohlbefinden oder Bedürfnisbefriedigung zu gewährleisten (z. B. warme Kleidung).

- 0 Als **vorhandene Fähigkeit** gilt, wenn Personen auch in unbekanntem Situationen folgerichtige Entscheidungen treffen können (beispielsweise der Umgang mit unbekanntem Personen, die an der Haustür klingeln).
- 1 Eine **größtenteils vorhandene Fähigkeit** liegt vor, wenn im Rahmen der Alltagsroutinen oder zuvor besprochenen Situationen Entscheidungen getroffen werden können, die Person aber Schwierigkeiten hat, sich in unbekanntem Situationen zurechtzufinden.
- 2 Eine **in geringem Maße vorhandene Fähigkeit** liegt vor, wenn die Person zwar Entscheidungen trifft, diese Entscheidungen jedoch in der Regel nicht geeignet sind, ein bestimmtes Ziel zu erreichen bzw. Sicherheit und Wohlbefinden (Bedürfnisbefriedigung) zu gewährleisten. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Person mit nur leichter Bekleidung bei winterlichen Temperaturen im Freien spazieren gehen will. Eine schwere Beeinträchtigung liegt auch vor, wenn Sicherheitsaspekte nicht berücksichtigt werden können (Beispiel: Person möchte das Haus verlassen, obwohl sie sich im außerhäuslichen Bereich nicht orientieren kann und ohne Unterstützung verlaufen würde) oder nur einfache Gebote/Verbote mehr oder weniger umgesetzt werden. Weiterhin liegt eine schwere Beeinträchtigung vor, wenn die Person ohne Unterstützung (in Form von Anleitung, Aufforderung, Aufzeigen von Handlungsalternativen) nicht in der Lage ist, zu Entscheidungen zu gelangen.
- 3 Von einer **nicht vorhandenen Fähigkeit** ist auszugehen, wenn Entscheidungen auch mit Unterstützung nicht mehr oder nur selten getroffen werden (keine deutbare Reaktion auf das Angebot mehrerer Entscheidungsalternativen).

3.7 Sachverhalte und Informationen verstehen

Die Fähigkeit, Situationen, Ereignisse oder schriftliche/mündliche Information aufzunehmen und richtig zu deuten. Erneut geht es in diesem Zusammenhang um Ereignisse und Inhalte, die Bestandteil des Alltagslebens der meisten Menschen sind. Gemeint ist etwa die Fähigkeit, zu erkennen, dass man sich in einer bestimmten Situation befindet (gemeinschaftliche Aktivitäten mit anderen Menschen, Versorgung durch eine Pflegekraft, MDK-Begutachtung) sowie die Fähigkeit, Informationen zum Tagesgeschehen aus den Medien (z. B. Fernsehgerät, Tageszeitung) aufzunehmen und inhaltlich zu verstehen. Gleiches gilt für mündlich von anderen Personen übermittelte Informationen.

- 0 Die **Fähigkeit** gilt als **vorhanden**, wenn Personen die Sachverhalte und Informationen aus dem Alltagsleben ohne nennenswerte Probleme verstehen können.
- 1 Eine **größtenteils vorhandene Fähigkeit** liegt vor bei Personen, die einfache Sachverhalte und Informationen nachvollziehen können, bei komplizierten jedoch Schwierigkeiten haben.
- 2 Eine **in geringem Maße vorhandene Fähigkeit** liegt vor, wenn die Person auch einfache Informationen häufig nur nachvollziehen kann, wenn sie noch einmal erklärt werden. Eine schwere Beeinträchtigung liegt auch dann vor, wenn das Verständnis sehr stark von der Tagesform abhängt.

- 3 Von einer **nicht vorhandenen Fähigkeit** ist auszugehen, wenn die Person weder verbal noch nonverbal zu erkennen gibt, dass sie Situationen und übermittelte Informationen verstehen kann.

3.8 Risiken und Gefahren erkennen

Hiermit sind Risiken und Gefahren in der häuslichen wie auch in der außerhäuslichen Umgebung angesprochen. Dazu gehören beispielsweise Strom- und Feuerquellen, Barrieren und Hindernisse auf dem Fußboden bzw. auf Fußwegen, eine problematische Beschaffenheit des Bodens (z. B. erhöhtes Sturzrisiko durch Glätte) oder Gefahrenzonen in der außerhäuslichen Umgebung (verkehrsreiche Straßen, Baustellen etc.).

- 0 Als **vorhanden** gilt die **Fähigkeit** bei Personen, die solche Risiken und Gefahrenquellen im Alltagsleben ohne weiteres erkennen können.
- 1 Von einer **größtenteils vorhandenen Fähigkeit** ist auszugehen, wenn die Person meist nur solche Risiken und Gefahren erkennt, die sich in der vertrauten innerhäuslichen Wohnumgebung wiederfinden. Es bestehen aber beispielsweise Schwierigkeiten, Risiken im Straßenverkehr adäquat einzuschätzen oder Gefährdungen in ungewohnter Umgebung zu erkennen.
- 2 Eine **in geringem Maße vorhandene Fähigkeit** liegt vor, wenn Risiken und Gefahren, denen die Person häufiger begegnet (insbesondere in der Wohnumgebung), häufig nicht als solche erkannt werden.
- 3 Von einer **nicht vorhandenen Fähigkeit** ist auszugehen, wenn Risiken und Gefahren so gut wie gar nicht erkannt werden.

3.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse

- 0 Die **Fähigkeit**, Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schmerz, Frieren, Erschöpfung etc. zu äußern, bei Sprachstörungen ggf. durch Laute, Mimik und/oder Gestik bzw. unter Nutzung von Hilfsmitteln.
- 1 **Fähigkeit größtenteils vorhanden:** Eine gezielte Frage nach elementaren Bedürfnissen kann beantwortet werden. Die Person äußert sich aber nicht immer von sich aus.
- 2 **Fähigkeit in geringem Maße vorhanden:** Elementare Bedürfnisse sind nur aus nonverbalen Reaktionen (Mimik, Gestik, Lautäußerungen) ableitbar, ggf. nach oder durch entsprechende(r) Stimulation. Oder die Person äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse, muss dazu ständig angeleitet werden, kann aber Zustimmung oder Ablehnung deutlich machen.
- 3 **Fähigkeit nicht vorhanden:** Die Person äußert nicht oder nur sehr selten Bedürfnisse, auch nicht in nonverbaler Form. Sie zeigt keine Eigeninitiative, kann Anleitung und Aufforderungen nicht kognitiv umsetzen. Keine deutbaren Reaktionen.

3.10 Verstehen von Aufforderungen

Die Fähigkeit, Aufforderungen und Bitten zu alltäglichen Grundbedürfnissen wie z. B. essen, trinken, kleiden, beschäftigen erkennbar zu verstehen. Neben kognitiven Beeinträchtigungen sind hier auch Hörstörungen zu berücksichtigen.

- 0 **Fähigkeit vorhanden:** Beispielsweise werden verbal formulierte Aufforderungen des Gutachters verstanden und nach den individuellen Möglichkeiten umgesetzt.
- 1 **Fähigkeit größtenteils vorhanden:** Einfache Bitten und Aufforderungen (wie z. B. „setz dich bitte an den Tisch“, „zieh dir die Jacke über“, „komm zum Essen“, „prosit“) werden verstanden, Aufforderungen in nicht alltäglichen Situationen müssen erklärt werden. Ggf. sind laute Ansprache,

Wiederholungen, Zeichensprache oder Schrift erforderlich, um Aufforderungen verständlich zu machen.

- 2 **Fähigkeit in geringem Maße vorhanden:** Die Person kann Aufforderungen/Bitten meist nicht verstehen, wenn diese nicht wiederholt geäußert und erläutert werden. Das Verständnis ist sehr von der Tagesform abhängig. Sie zeigt aber Zustimmung oder Ablehnung gegenüber nonverbalen Aufforderungen (z. B. Berührungen oder Geleiten an den Esstisch).
- 3 **Fähigkeit nicht vorhanden:** Die Person kann Anleitung und Aufforderungen nicht verstehen.

3.11 Beteiligung an einem Gespräch

Die Fähigkeit, in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen, sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung des Gesprächs Inhalte einzubringen. Hierbei sind auch die Auswirkungen von Hör- und Sprechstörungen zu berücksichtigen.

- 0 **Fähigkeit vorhanden:** Die Person kommt sowohl in Einzel- als auch in Gesprächen kleiner Gruppen gut zurecht. Sie zeigt im Gespräch Eigeninitiative, Interesse und beteiligt sich, wenn vielleicht auch nur auf direkte Ansprache hin. Ihre Äußerungen passen zu den Inhalten des Gesprächs.
- 1 **Fähigkeit größtenteils vorhanden:** Die Person kommt in Gesprächen mit einer Person gut zurecht, in Gruppen ist sie jedoch meist überfordert und verliert den Faden. Wortfindungsstörungen treten ggf. regelmäßig auf. Die Person ist häufig auf laute Ansprache oder Wiederholung von Worten/Sätzen angewiesen.
- 2 **Fähigkeit in geringem Maße vorhanden:** Die Person zeigt nur wenig Eigeninitiative, reagiert aber auf Ansprache/Fragen mit wenigen Worten (z. B. mit ja oder nein). Oder sie beteiligt sich am Gespräch, weicht aber in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab (führt mehr ein Selbstgespräch). Leichte Ablenkbarkeit durch Umgebungseinflüsse.
- 3 **Fähigkeit nicht vorhanden:** Ein Gespräch mit der Person, das über einfache Mitteilungen hinausgeht, ist auch unter Einsatz nonverbaler Kommunikation nicht möglich. Sie zeigt allenfalls Wohlbefinden.

4 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

In diesem Abschnitt geht es um die Einschätzung der Selbständigkeit. Bitte berücksichtigen Sie die auch Ausführungen in Kapitel III „Grundsätzliches zur Erfassung von Selbständigkeit“.

4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte*		0 = selbständig	1 = überwiegend selbständig	2 = überwiegend unselbständig	3 = unselbständig
4.1	Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2	Ruhen und Schlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3	Sich beschäftigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4	In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1 Tagesablauf gestalten und an äußere Veränderungen anpassen

Nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben den Tagesablauf einteilen und bewusst gestalten, die tägliche Routine und andere Aktivitäten planen und ggf. an äußere Veränderungen anpassen. Dies erfordert planerische Fähigkeiten zur Umsetzung von Alltagsroutinen. Zu beurteilen ist, ob die Person von sich aus festlegen kann, ob und welche Aktivitäten sie im Laufe des Tages durchführen möchte, z. B. wann sie baden, essen oder zu Bett gehen oder ob und wann sie Fernsehen oder spazieren gehen möchte. Solche Festlegungen setzen voraus, dass die zeitliche Orientierung zumindest teilweise erhalten ist. Der Gutachter kann dies prüfen, indem er sich z. B. den bisherigen oder künftigen Tagesablauf schildern lässt.

- 0 Selbständig:** Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
- 1 Überwiegend selbständig:** Die Person kann sich bei vorgegebener Tagesstruktur an Zeiten halten, es reichen Erinnerungshilfen an einzelne vereinbarte Termine oder Orientierungshilfen, z. B. durch Anstellen von Radio oder Fernsehapparat zu regelmäßigen Sendungen, z. B. Tagesschau oder Kindersendungen. Die Routineabläufe können weitgehend selbständig gestaltet werden, bei ungewohnten Veränderungen ist Unterstützung notwendig.
- 2 Überwiegend unselbständig:** Die Person benötigt Hilfe beim Planen des Tagesablaufs. Sie ist aber in der Lage, Zustimmung oder Ablehnung zu Strukturierungsangeboten zu signalisieren. Sie kann eigene Planungen häufig nicht einhalten, da diese wieder vergessen werden. Deshalb ist über den ganzen Tag hinweg eine Erinnerung bzw. Aufforderung erforderlich.
- 3 Unselbständig:** Mitwirkung an der Tagesstrukturierung oder Orientierung an vorgegebenen Strukturen ist nicht möglich,

4.2 Ruhen und Schlafen

Nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen, die Notwendigkeit von Ruhephasen erkennen, sich ausruhen und mit Phasen der Schlaflosigkeit umgehen.

- 0 Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
- 1 Überwiegend selbständig: Die Person benötigt ggf. zeitliche Orientierungshilfen beim Wecken oder Aufforderung schlafen zu gehen, einzelne Hilfen wie z. B. Abdunkeln des Schlafraumes oder Hilfe beim Aufstehen oder Zu-Bett-Gehen. Die Nachtruhe ist meist ungestört, nur gelegentlich entsteht nachts ein Hilfebedarf.
- 2 Überwiegend unselbständig: Es treten regelmäßig Einschlafprobleme und/oder nächtliche Unruhe auf, die die Person größtenteils nicht allein bewältigen kann. Deshalb sind regelmäßige Einschlafrituale und beruhigende Ansprache des Nachts erforderlich.
- 3 Unselbständig: Die Person verfügt über keinen oder einen verkehrten Schlaf-Wach-Rhythmus. Dies gilt u.a. für mobile gerontopsychiatrisch erkrankte Personen und auch für Menschen, die keinerlei Aktivitäten ausüben, z. B. im Wachkoma.

4.3 Sich beschäftigen

Die verfügbare Zeit nutzen, um Aktivitäten durchführen, die den eigenen Vorlieben und Interessen entsprechen. „Verfügbare Zeit“ ist in diesem Zusammenhang definiert als Zeit, die nicht durch Notwendigkeiten wie Ruhen/Schlafen, Essen, Mahlzeitenzubereitung, Körperpflege, Schule, Arbeit etc. gebunden ist („freie“ Zeit). Bei der Beurteilung geht es vorrangig um die Fähigkeit, nach individuellen kognitiven, manuellen, visuellen und/oder auditiven Fähigkeiten und Bedürfnissen geeignete Aktivitäten der Freizeitbeschäftigung auszuwählen und durchzuführen (z. B. Handarbeiten, Basteln, Bücher, Zeitschriften lesen, Sendungen im Radio oder Fernsehen verfolgen, Computer).

- 0 Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
- 1 Überwiegend selbständig: Es ist nur in geringem Maße Hilfe erforderlich, z. B. Erinnerung an gewohnte Aktivitäten, Motivation, Zurechtlegen und Richten von Gegenständen (z. B.: Utensilien wie Bastelmaterial, Fernbedienung, Kopfhörer o. ä.) oder Unterstützung bei der Entscheidungsfindung (Vorschläge unterbreiten).
- 2 Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich unter Anleitung geringfügig an der Entscheidungsfindung beteiligen, z. B. durch Zustimmung oder Ablehnung. Sie beteiligt sich an angebotenen Beschäftigungen, kann diese aber in der Regel nicht ohne kontinuierliche Begleitung beibehalten.
- 3 Unselbständig: Die Person kann an der Entscheidung nicht nennenswert mitwirken. Sie zeigt keine Eigeninitiative, kann Anleitung und Aufforderungen nicht kognitiv umsetzen, beteiligt sich nicht nennenswert an angebotenen Beschäftigungen.

4.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen

Längere Zeitabschnitte überschauen und über den Tag hinaus planen. Dies kann beispielsweise anhand der Frage beurteilt werden, ob Vorstellungen oder Wünsche zu anstehenden Festlichkeiten wie Geburtstag oder Jahresfeste bestehen, ob die Zeitabläufe eingeschätzt werden können, z. B. vorgegebene Strukturen wie Wochen- oder Monatspläne nachvollzogen werden können.

- 0 Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
- 1 Überwiegend selbständig: Die Person nimmt sich etwas vor, muss aber erinnert werden, dies auch durchzuführen.
- 2 Überwiegend unselbständig: Die Person plant von sich aus nicht, entscheidet aber mit Unterstützung durch andere Personen. Sie muss an die Umsetzung der eigenen Entscheidungen erinnert werden.
- 3 Unselbständig: Die Person verfügt nicht über Zeitvorstellungen für Planungen über den Tag hinaus, auch bei Vorgabe von Auswahloptionen wird weder Zustimmung noch Ablehnung signalisiert.

4.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

Im direkten Kontakt mit Angehörigen, Pflegepersonen, Mitbewohnern oder Besuchern umgehen, Kontakt aufnehmen, Personen ansprechen, auf Ansprache reagieren.

- 0 Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
- 1 Überwiegend selbständig: Umgang mit bekannten Personen erfolgt selbständig, zur Kontaktaufnahme mit Fremden ist Anstoß erforderlich. Z. B. Anregung, zu einem neuen Mitbewohner Kontakt aufzunehmen.
- 2 Überwiegend unselbständig: Die Person ergreift von sich aus kaum Initiative, reagiert aber auf Ansprache. Sie nimmt dabei nicht verbal Kontakt auf, aber deutlich erkennbar durch andere Formen der Kommunikation (Blickkontakt, Mimik/Gestik).
- 3 Unselbständig: Person reagiert kaum auf Ansprache. Auch nonverbale Kontaktversuche (z. B. Berührungen) führen zu keiner nennenswerten Reaktion.

4.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

Bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn gestalten (aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen). Dazu gehört auch die Fähigkeit, mit einfachen technischen Kommunikationsmitteln wie Telefon umgehen zu können (Besuche verabreden oder Telefon- oder Brief- oder Mail-Kontakte).

- 0 Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
- 1 Überwiegend selbständig: Die Person kann planen, braucht aber Hilfe beim Umsetzen wie z. B. Erinnerungszettel bereitlegen oder Telefonnummern mit Namen (ggf. mit Bild) versehen, Erinnern und Nachfragen, ob Kontakt

hergestellt wurde, oder Erinnern an Terminabsprachen. Pflegeperson wählt die Telefonnummer, die Person führt dann das Gespräch. Oder die Person beauftragt die Pflegeperson, ein Treffen mit Freunden/Bekannten zu verabreden.

2 Überwiegend unselbständig: Die Kontaktgestaltung der Person ist eher reaktiv. Sie sucht von sich aus kaum Kontakt, wirkt aber mit, wenn beispielsweise die Pflegeperson die Initiative ergreift.

3 Unselbständig: Die Person nimmt keinen Kontakt auf und reagiert nicht auf Anregungen zur Kontaktaufnahme.

5 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

5. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*		0 = seltener/nie	1 = maximal 1x wöchentlich	2 = mehrmals wöchentlich	3 = täglich
5.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2	Nächtliche Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.4	Beschädigung von Gegenständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.6	Verbale Aggression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.7	Andere vokale Auffälligkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.8	Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.9	Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.10	Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.11	Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.13	Sonstige inadäquate Handlungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erfasst wird die Häufigkeit, mit der ein Verhalten oder Problem auftritt.

Die einzelnen Verhaltensweisen/Problemlagen sind folgendermaßen definiert:

1. **Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten:** Diese Kategorie fasst verschiedene Verhaltensweisen zusammen. Dazu gehören vor allem das (scheinbar) ziellose *Umhergehen* in der Einrichtung und der Versuch desorientierter Personen, ohne Begleitung die *Einrichtung zu verlassen* oder Orte aufzusuchen, die für diese Person unzugänglich sein sollten (z. B. Treppenhaus, Zimmer anderer Bewohner etc.). Ebenso zu berücksichtigen ist allgemeine Rastlosigkeit in Form von *ständigem Aufstehen und Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen* auf dem Sitzplatz oder im und aus dem Bett. Für die Einschätzung ist es ohne Bedeutung, dass sich die betreffende Person ggf. nur mit Hilfsmitteln fortbewegen kann. Das Fahren mit einem Rollstuhl ist insofern mit dem Gehen gleichzusetzen.
2. **Nächtliche Unruhe:** Nächtliches Umherirren oder nächtliche Unruhephasen bis hin zur Umkehr des Tag-/Nachtrhythmus (Wach sein in der Nacht, Schlafen während des Tages). Schlafstörungen wie Einschlafschwierigkeiten am Abend oder Wachphasen während der Nacht sind *nicht* zu werten.
3. **Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten:** Selbstverletzung durch Gegenstände, sich absichtlich auf den Boden fallen lassen, Essen oder Trinken ungenießbarer Substanzen, sich selbst schlagen und sich selbst mit den Fingernägeln oder Zähnen verletzen.
4. **Beschädigung von Gegenständen:** Aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen: Gegenstände wegstoßen oder wegschieben, gegen Gegenstände schlagen, das Zerstören von Dingen (z. B. Zerreißen) sowie das Treten nach Gegenständen.
5. **Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen:** Nach Personen schlagen oder treten, andere mit Zähnen oder Fingernägeln verletzen, andere stoßen oder wegdrängen, Verletzungsversuche gegenüber anderen Personen mit Gegenständen.
6. **Verbale Aggression:** Verbale Beschimpfung oder Bedrohung anderer Personen.
7. **Andere vokale Auffälligkeiten:** Lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund, vor sich hin schimpfen/fluchen, seltsame Laute von sich geben, ständiges Wiederholen von Sätzen/Fragen.
8. **Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen:** Abwehr von Unterstützung (z. B. bei der Körperpflege), Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Medikamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen, Manipulation an Vorrichtungen wie z. B. Katheter, Infusion, Sondenernährung etc.
9. **Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen:** Visuelle, akustische oder andere Halluzinationen; Vorstellung, mit Verstorbenen oder imaginären Personen (z. B. Gestalten aus biblischen Geschichten) in Kontakt zu stehen; Vorstellung, verfolgt/bedroht/bestohlen zu werden usw.
10. **Ängste:** Äußerung von starken Ängsten oder Sorgen, Erleben von Angstattacken, erhöhte Ängstlichkeit bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen oder im Kontakt mit anderen Personen.
11. **Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage:** Person scheint kaum Interesse an der Umgebung aufzubringen, bringt kaum Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und benötigt Aufforderungen, um etwas zu tun, wirkt traurig und/oder apathisch, möchte am liebsten das Bett nicht verlassen.

12. **Sozial inadäquate Verhaltensweisen:** Distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, sich zu unpassenden Gelegenheiten auskleiden, unangemessenes Greifen nach Personen, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche.
13. **Sonstige inadäquate Handlungen:** Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen der gleichen Handlung (Stereotypien), planlose Aktivitäten, Verstecken oder Horten von Gegenständen, Kotschmierern, Urinieren in die Wohnung.

6 Selbstversorgung

Nach Einschätzung der Selbständigkeit bei bestimmten Aktivitäten werden diesem Abschnitt besondere Bedarfsaspekte erfasst. Dazu gehören die künstliche Ernährung über einen enteralen Zugang (Nasen-, Magen- oder Dünndarmsonde) oder einen parenteralen Zugang, die künstliche Harn- oder Stuhlableitung, sowie Störungen der Blasen- und Darmkontrolle.

Bitte berücksichtigen Sie die Ausführungen in Kapitel III „Grundsätzliches zur Erfassung von Selbständigkeit“, wo sie ausführliche Erläuterungen zu den einzelnen Verrichtungen finden, die an dieser Stelle eingeschätzt werden sollen.

6. Selbstversorgung*		0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig				
6.1	Vorderen Oberkörper waschen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
6.2	Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
6.3	Intimbereich waschen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
6.4	Duschen oder Baden	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
6.5	Oberkörper an- und auskleiden	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
6.6	Unterkörper an- und auskleiden	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
6.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
6.8	Essen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> nur Sonde
6.9	Trinken	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> nur Sonde
6.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
6.11	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen(auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> entfällt
6.12	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen(auch Umgang mit Stoma)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> entfällt

6.1 Vorderen Oberkörper waschen

Sich Hände, Gesicht, den Hals, die Arme, Achselhöhlen und den vorderen Brustbereich waschen und abtrocknen.

- 0 Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
- 1 Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände (wie Waschschüssel, Seife, Waschlappen) bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen, z. B. Waschen unter den Achseln oder der Brust erhält.
- 2 Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich z. B. nur Hände oder Gesicht waschen.
- 3 Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

6.2 Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren

Die tägliche Körperpflege im Bereich des Kopfes.

- 0 Selbständig: Die Person kann die Aktivitäten ohne personelle Hilfe durchführen.
- 1 Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivitäten selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände bereitgelegt und/oder gerichtet werden (Aufdrehen der Zahnpastatube, Auftragen der Zahnpasta auf die Bürste, Aufbringen von Haftcreme auf die Prothese, Anreichen und/oder Säubern des Rasierapparates etc.). Alternativ sind punktuelle Teilhilfen erforderlich wie Korrektur nach dem Kämmen oder nur das Kämmen des Hinterkopfes, Zahn-/Mundpflege bzw. selbständigem Rasieren.
- 2 Überwiegend unselbständig: Die Person beginnt z. B. mit dem Zähneputzen oder der Rasur, ohne die Aktivität zu Ende zu führen.
- 3 Unselbständig: Die Person kann sich an den Aktivitäten nicht beteiligen.

6.3 Intimbereich waschen

Den Intimbereich waschen und abtrocknen.

- 0 Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
- 1 Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände (wie Waschschüssel, Seife, Waschlappen) bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen erhält.
- 2 Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich z. B. nur den vorderen Intimbereich waschen.
- 3 Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

6.4 Duschen oder Baden

Bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbades sind neben der Fähigkeit, den Körper waschen zu können, auch Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen. (Teil-)Hilfen beim Waschen in der Wanne/Dusche sind hier ebenso zu berücksichtigen wie die Hilfe beim Ein- und Aussteigen oder eine

notwendige Überwachung während des Bades. Dazu gehören auch das Haare waschen, Abtrocknen und Föhnen.

- 0 Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
- 1 Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn Utensilien vorbereitet bzw. bereitgestellt werden, einzelne Handreichungen geleistet werden, z. B. Stützen beim Ein-/Aussteigen, Bedienung eines Badewannenlifters, Hilfe beim Haare Waschen und/oder Föhnen, beim Abtrocknen oder wenn während des (Dusch-)Bades aus nachvollziehbaren Sicherheitsgründen Anwesenheit erforderlich ist.
- 2 Überwiegend unselbständig: Die Person kann nur einen stark begrenzten Teil der Aktivität selbständig durchführen, z. B. das Waschen des vorderen Oberkörpers.
- 3 Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

6.5 Oberkörper an- und auskleiden

Bereitliegende Kleidungsstücke (z. B. Unterhemd, T-Shirt, Hemd, Bluse, Pullover, Jacke, BH, Schlafanzugoberteil oder Nachthemd) an- und ausziehen. Die Beurteilung ist unabhängig davon vorzunehmen, ob solche Kleidungsstücke derzeit getragen werden. Die situationsgerechte Auswahl der Kleidung ist hier nicht zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln ist im Modul 5 zu berücksichtigen.

- 0 Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
- 1 Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität beispielsweise selbständig durchführen, wenn Kleidungsstücke passend angereicht oder gehalten werden (Einstiegshilfe beim Anziehen eines Hemdes etc.). Auch wenn Hilfe nur bei Verschlüssen erforderlich ist, trifft die Bewertung „überwiegend selbständig“ zu, ebenso wenn nur Kontrolle des Sitzes der Kleidung und Aufforderungen zur Vervollständigung der Handlung erforderlich sind.
- 2 Überwiegend unselbständig: Die Person kann nur bei einem stark begrenzten Teil der Aktivität mithelfen, beispielsweise die Hände in die Ärmel eines bereitgehaltenen T-Shirts schieben.
- 3 Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

6.6 Unterkörper an- und auskleiden

Unterwäsche Hose/Rock, Strümpfe und Schuhe an-/ausziehen. Die Beurteilung ist unabhängig davon vorzunehmen, ob solche Kleidungsstücke derzeit getragen werden. Die situationsgerechte Auswahl der Kleidung ist hier nicht zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln ist im Modul 5 zu berücksichtigen.

- 0 Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

- 1 Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität beispielsweise selbständig durchführen, wenn ihr Schuhe bereitgestellt bzw. Kleidungsstücke angereicht oder gehalten werden (Einstiegshilfe). Auch wenn Hilfe nur bei Verschlüssen (z. B. Schnürsenkel binden) oder Kontrolle des Sitzes der Kleidung und Aufforderungen zur Vervollständigung der Handlung erforderlich sind, trifft die Bewertung „überwiegend selbständig“ zu.
- 2 Überwiegend unselbständig: Die Person kann die Aktivität zu einem geringen Teil selbständig durchführen. Beispielsweise gelingt das Hochziehen von Hose/Rock zur Taille selbständig, zuvor muss das Kleidungsstück jedoch von der Pflegeperson über die Füße gezogen werden.
- 3 Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

6.7 Nahrung mundgerecht zubereiten/Getränk eingießen

Belegte Brotscheiben, Obst oder andere Speisen in mundgerechte Stücke zerteilen, Kleinschneiden von Fleisch, Zerdrücken von Kartoffeln, Verschlüsse von Getränkeflaschen öffnen, Getränke ohne ständiges Verschütten aus einer Flasche oder Kanne in ein Glas bzw. eine Tasse eingießen. Ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln wie Anti-Rutschbrett, Einhänderbesteck, Spezialbesteck.

- 0 Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
- 1 Überwiegend selbständig: Es ist punktuelle Hilfe erforderlich, z. B. beim Öffnen einer Flasche oder beim Schneiden von sehr harten Nahrungsmitteln.
- 2 Überwiegend unselbständig: Die Person kann die Aktivität zu einem geringen Teil selbständig durchführen, beispielsweise schneidet sie zwar belegte Brotscheiben, schafft es aber nicht, mundgerechte Stücke herzustellen. Oder es gießt aus einer Flasche Wasser ins Glas, verschüttet das Wasser dabei jedoch regelmäßig.
- 3 Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

6.8 Essen

Bereit gestellte, mundgerecht zubereitete Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden (z. B. Brot, Kekse, Obst) aufnehmen, zum Mund führen, ggf. abbeißen, kauen und schlucken. Mundgerecht zubereitete Speisen mit Gabel oder Löffel aufnehmen, zum Mund führen und essen. Ggf. mit speziellen Hilfsmitteln wie adaptiertem Besteck. Zu beurteilen ist hier insbesondere auch die Selbständigkeit bei der Steuerung der Nahrungsaufnahme, d. h. die Frage, ob ausreichend Nahrung aufgenommen wird. Die Beurteilung ist auch dann vorzunehmen, wenn die Nahrungsaufnahme teilweise über eine Sonde bzw. parenteral erfolgt. Bei Nahrungsaufnahme ausschließlich über eine Sonde bzw. parenteral ohne nennenswerte orale Nahrungsaufnahme, ist das Feld „Sonde“ anzukreuzen.

- 0 Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
- 1 Überwiegend selbständig: Die Person kann überwiegend selbständig essen, benötigt aber punktuelle Anleitung, muss beispielsweise aufgefordert werden, mit dem Essen zu beginnen oder weiter zu essen. Es sind punktuelle

Hilfen erforderlich (wie z. B. Zurücklegen aus der Hand gerutschter Speisen oder Besteck in die Hand geben).

2 Überwiegend unselbständig: Es ist ständige Anwesenheit der Pflegeperson erforderlich, beispielsweise aufgrund von Aspirationsgefahr oder weil ständig zur Nahrungsaufnahme motiviert werden oder die Nahrung größtenteils gereicht werden muss.

3 Unselbständig: Die Nahrung muss komplett gereicht werden.

6.9 Trinken

Bereitstehende Getränke aufnehmen, ggf. mit Hilfsmitteln wie Strohhalm, Spezialbecher mit Trinkaufsatz. Zu berücksichtigen ist auch, inwieweit die Notwendigkeit der Flüssigkeitsaufnahme (auch ohne ausreichendes Durstgefühl) erkannt und die empfohlene/gewohnte Menge tatsächlich getrunken wird.

Die Beurteilung der Selbständigkeit ist wie im Fall von Punkt 6.8 auch dann vorzunehmen, wenn die Flüssigkeitsaufnahme teilweise über eine Sonde bzw. parenteral erfolgt. Erfolgt sie hingegen ausschließlich über eine Sonde bzw. parenteral ohne nennenswerte orale Flüssigkeitsaufnahme ist das Feld „Sonde“ anzukreuzen.

0 Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

1 Überwiegend selbständig: Die Person kann selbständig trinken, wenn ein Glas/eine Tasse entsprechend dem Aktionsradius der Person positioniert oder sie ans Trinken erinnert wird.

2 Überwiegend unselbständig: Das Trinkgefäß muss beispielsweise in die Hand gegeben werden, das Trinken erfolgt jedoch selbständig oder die Person muss zu fast jedem Schluck motiviert werden.

3 Unselbständig: Getränke müssen komplett gereicht werden.

6.10 Toilette/Toilettenstuhl benutzen

Umfasst das Gehen zur Toilette, das Hinsetzen/Aufstehen, das Sitzen während der Blasen/Darmentleerung, die Intimhygiene und das Richten der Kleidung. Die Fähigkeit zur Toilettenbenutzung ist auch bei Versorgung mit Hilfsmitteln (Inkontinenzmaterial, Katheter, Urostoma, Ileo-/Colostoma) zu bewerten.

0 Selbständig: Die Person kann die Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

1 Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen. Personelle Hilfe kann sich beispielsweise beschränken auf: 🗑️

- Bereitstellen und Leeren des Toilettenstuhls (alternativ Urinflasche/anderer Behälter)
- Orientierungshinweise zum Auffinden der Toilette, Begleitung auf dem Weg zur Toilette
- Anreichen von Toilettenpapier oder Waschlappen, Intimhygiene nur nach Stuhlgang
- Unterstützung beim Hinsetzen/Aufstehen von der Toilette
- Hilfe beim Richten der Bekleidung.

- 2 Überwiegend unselbständig: Die Person kann nur einzelne Handlungen selbst ausführen, z. B. Richten der Bekleidung oder Intimhygiene nach Wasserlassen.
- 3 Unselbständig: Die Person kann sich nicht an der Aktivität beteiligen.

6.11 Folgen einer Harninkontinenz bewältigen (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)

6.11 Folgen einer Harninkontinenz bewältigen(auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> entfällt
6.12 Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen(auch Umgang mit Stoma)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> entfällt

Umgang mit einer bestehenden Harninkontinenz, z. B. Inkontinenzsysteme (kleine Vorlagen, große Vorlagen mit Netzhose, Inkontinenzhose mit Klebestreifen oder Pants) sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dazu gehört auch das Entleeren eines Urinbeutels bei Dauerkatheter oder Urostoma. Dieser Punkt ist nur zu bearbeiten, wenn eine Harninkontinenz vorliegt, ansonsten ist das Feld „entfällt“ anzukreuzen.

- 0 Selbständig: Die Person kann Hilfsmittel selbständig benutzen.
- 1 Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen, wenn Inkontinenzsysteme bereit gelegt oder entsorgt werden oder an den Wechsel erinnert wird.
- 2 Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich am Wechsel der Inkontinenzsysteme beteiligen.
- 3 Unselbständig: Beteiligung ist nicht möglich.

6.12 Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen (auch Umgang mit Stoma)

Inkontinenzsysteme, Analtampons, Stomabeutel sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dieser Punkt ist nur zu bearbeiten, wenn eine Stuhlinkontinenz vorliegt, ansonsten ist das Feld „entfällt“ anzukreuzen.

- 0 Selbständig: Die Person kann Hilfsmittel selbständig benutzen.
- 1 Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen, wenn Inkontinenzsysteme bereit gelegt und entsorgt werden oder an den Wechsel erinnert wird.
- 2 Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich am Wechsel der Inkontinenzsysteme beteiligen, z. B. Mithilfe beim Wechsel eines Stomabeutels. Bei Vorliegen einer Stuhlinkontinenz sind Ressourcen beim Wechsel des Inkontinenzmaterials eher selten.
- 3 Unselbständig: Beteiligung ist nicht möglich.

Je nach Angaben, werden sich im nachfolgendem Feld weitere Punkte öffnen. Bitte achten Sie darauf, dass bei den Kontinenzprofilen die Reihenfolge nicht logisch ist (original NBA).

s2. **Parenterale Ernährung**
 Erhält die Person parenterale Ernährung? ja nein

s5. **Künstliche Harnableitung:**

- entfällt (keine künstliche Harnableitung)
- suprapubischer Dauerkatheter
- transurethraler Dauerkatheter
- Urostoma

s6. **Colo-/Ileostoma:**

- entfällt (nicht vorhanden)
- ja

7 Dekubitus

7.1 **Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate einen oder mehrere Dekubitus?:**

ja nein

1. Dekubitus:

Zeitraum angeben: von (Datum): bis: Heute

Schweregrad des Dekubitus:

- Grad 1
- Grad 2
- Grad 3
- Grad 4
- unbekannt

Wo ist der Dekubitus entstanden?:

- in der Pflegeeinrichtung
- im Krankenhaus
- zuhause (vor dem Heimeinzug)
- woanders

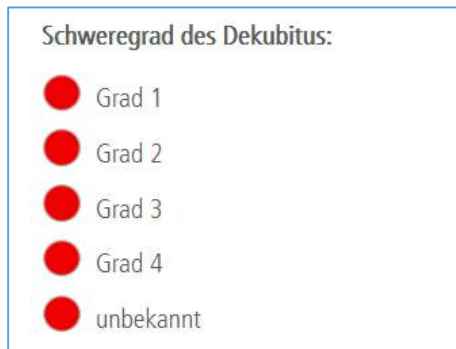
2. Dekubitus:

Gemeint sind alle Dekubitalgeschwüre, die in den vergangenen 6 Monaten beim Bewohner bestanden oder bis heute bestehen. Auch wenn der Zeitpunkt der Entstehung länger als 6 Monate zurückliegt, ist die Frage mit „ja“ zu beantworten und das Entstehungsdatum unter 7.1 anzugeben.

Sie haben auch die Möglichkeit mehrere Dekubitalgeschwüre anzugeben, sollte der Bewohner mehr als einen Dekubitus aufweisen. Bitte geben Sie in diesem Fall für jeden Dekubitus die folgenden Angaben an:

- Zeitraum
- Schweregrad des Dekubitus
- Wo ist der Dekubitus entstanden?

Schweregrad des Dekubitus:



Orientieren Sie sich bei der Beurteilung bitte an folgender Gradeinteilung:

- Grad 1: Reversible Hautrötungen, eventuell mit Ödembildung, Verhärtung oder Überwärmung.
- Grad 2: Teilverlust der Haut. Epidermis bis hin zu Anteilen der Dermis (Korium) ist geschädigt. Der Druckschaden ist oberflächlich und kann sich klinisch als Blase, Hautabschürfung oder flaches Geschwür darstellen.
- Grad 3: Verlust aller Hautschichten und Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann. Der Dekubitus zeigt sich klinisch als tiefes, offenes Geschwür.
- Grad 4: Verlust aller Hautschichten mit ausgedehnter Zerstörung, Gewebsnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder unterstützenden Strukturen (z.B. Sehnen, Bändern oder Gelenkkapseln).

7.2 Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate eine Nasensonde/Nasentubus liegen?

Gemeint sind alle Nasensonden / Nasentuben, die der Bewohner in den vergangenen 6 Monaten liegen hatte oder die bis heute bestehen. Auch wenn der Zeitpunkt des Legens länger als 6 Monate zurückliegt, ist die Frage mit „ja“ zu beantworten und das Entstehungsdatum anzugeben.

7.3 Liegt eine Bettlägerigkeit vor?

Im Kontext der Bettlägerigkeit ist die Ortsfixierung zu betrachten. Ist der Bewohner in der Lage, den Aufenthaltsort selbstständig oder mit Hilfe (keine volle Übernahme) zu verlassen. Bewohner die tagsüber in den Rollstuhl mobilisiert werden (Wachkoma), aber keinerlei Unterstützung geben können oder von sich aus nicht anzeigen, dass sie aufstehen möchten, gelten als vollständig bettlägerig.

Bei leichter und mittelschwerer Bettlägerigkeit kann der Bewohner das Bett selbst oder mit personeller Hilfe verlassen und kann sich selbstständig ohne oder mit einem Hilfsmittel (Rollstuhl, elektrischer Rollstuhl) in der Einrichtung bewegen.

8 Körpergröße und Gewicht

Die Angaben zu Körpergröße und Gewicht werden benötigt, um den Ernährungszustand des Bewohners zu beurteilen und Gewichtsveränderungen im Zeitverlauf zu erfassen.

NEU: Die Angaben zur Körpergröße sind jetzt mit einem Filter versehen:

8.1 Liegt eine Angabe der Körpergröße vor?: ja nein

Körpergröße: cm

oder **Achtung, die Angabe erfolgt in „cm“!**

8.1 Liegt eine Angabe der Körpergröße vor?: ja nein

Grund auswählen:

- Es liegt noch keine Messung vor (z.B. bei Neueinzug)
- Das Messen der Körpergröße wurde/wird vom Bewohner oder Betreuer abgelehnt

NEU: Die Angaben zum Körpergewicht sind jetzt mit einem Filter versehen:

8.2 Liegt eine Gewichtsangabe vor?: ja nein

Aktuelles Körpergewicht: kg, erfasst am (Datum):

oder **Achtung, bitte ein Punkt setzen, kein Komma!**

8.2 Liegt eine Gewichtsangabe vor?: ja nein

Grund auswählen:

- Es liegt noch keine Messung vor (z.B. bei Neueinzug)
- Das Wiegen wurde/wird vom Bewohner oder Betreuer abgelehnt

8.3 Gab es medizinische Gründe, die eine starke Gewichtsabnahme in den vergangenen 6 Monaten erklären?:

ja nein

Um welche Gründe handelt es sich? (Mehrfachangaben)

- bedingt durch eine fortschreitende Krebserkrankung
- bedingt durch medikamentöse Ausschwemmungen
- bedingt durch eine Amputation
- weitere Gründe

Wenn sich eine starke Gewichtsabnahme auf medizinische Gründe, z. B. eine ärztlich verordnete Diät oder eine Diuretikatherapie zur gezielten Ausschwemmung zurückführen lässt, notieren Sie diese bitte unter 8.3.

8.3	Gab es medizinische Gründe, die eine starke Gewichtsabnahme in den vergangenen 6 Monaten erklären?:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
8.4	Hat der Bewohner in den letzten 6 Monaten eine nicht-medizinische Diät zur Gewichtsreduktion durchgeführt?:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
8.5	Sind beim Bewohner Schluckstörungen bekannt und dokumentiert?:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

8.4 Hat der Bewohner in den letzten 6 Monaten eine nicht-medizinische Diät zur Gewichtsreduktion durchgeführt?

Klicken Sie hier bitte „ja“ an, wenn Ihnen bekannt ist, dass der Bewohner von sich aus eine Diät gehalten hat, die eine deutliche Gewichtsabnahmen begründen kann.

9 Sturzfolgen

9.1	Ist der Bewohner in den vergangenen 6 Monaten gestürzt?*	<input checked="" type="radio"/> ja, einmal	<input type="radio"/> ja, mehrmals	<input type="radio"/> nein
Welche Sturzfolgen sind aufgetreten?* (Mehrfachangaben)				
<input type="checkbox"/>	Frakturen			
<input type="checkbox"/>	behandlungsbedürftige Wunden			
<input type="checkbox"/>	andauernde Schmerzen (länger als 48 Stunden)			
<input type="checkbox"/>	erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen*			
<input type="checkbox"/>	erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität*			
<input type="checkbox"/>	keine der genannten Folgen ist eingetreten			

9.1 Orientieren Sie sich bei der Beantwortung dieser Frage an den in der Pflegedokumentation bzw. in den Sturzprotokollen festgehaltenen Sturzereignissen.

Von einem erhöhten Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen ist beispielsweise dann auszugehen, wenn durch den Sturz die Motorik der oberen Gliedmaße eingeschränkt ist, der Bewohner dadurch bei der Körperpflege mehr Unterstützung benötigt und eine entsprechende Anpassung der Maßnahmenplanung dokumentiert ist.

Von einem erhöhten Unterstützungsbedarf bei der Mobilität ist beispielsweise dann auszugehen, wenn durch den Sturz die Motorik der unteren Gliedmaße eingeschränkt ist, der Bewohner dadurch beim Gehen mehr Unterstützung benötigt und eine entsprechende Anpassung der Maßnahmenplanung dokumentiert ist.

9.1 Anzahl der dokumentierten Stürze innerhalb der letzten 6 Monate

9.1 Bitte geben Sie nur die Stürze an, die auch in der Dokumentation erfasst worden sind.

10 Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

10.1 Wurden bei dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen Gurtfixierungen angewendet?*

ja nein

Welche Fixierungen wurden angewendet?* (Mehrfachangaben)

Handfixierung

Fußfixierung

Hüftfixierung im Bett

Hüftfixierung im Stuhl oder Rollstuhl

Wie oft wurden die Gurtfixierungen angewendet?

täglich

mehrmals wöchentlich

1x wöchentlich

seltener als 1x wöchentlich

Bitte berücksichtigen Sie hier ausschließlich Gurtfixierungen. Andere freiheitsbeschränkende Maßnahmen, z. B. das Anbringen von Bettgittern oder eines Tischbrettes bleiben außer Betracht.

Wenn bei einem Bewohner Gurtfixierungen angewendet wurden, geben Sie zusätzlich an, wie häufig dies geschah (täglich, mehrmals wöchentlich, einmal wöchentlich, seltener).

Bitte lesen Sie sich die Einleitungen zu 10.2 bis 10.4 sehr aufmerksam durch.

Zu jedem Punkt von 10.2 bis 10.4 gibt es Filterfragen. Mit den Folgefragen zu den freiheitsbeschränkenden Maßnahmen werden diese differenzierter betrachtet. Bitte beantworten Sie die Fragen unabhängig davon, dass in 10.1 die Frage nach Gurtfixierungen bereits gestellt wurde.

Die Intention der eingesetzten Maßnahme ist zunächst unerheblich (z. B. Schutzmaßnahme oder Mobilisationshilfe). Beachten Sie hierzu die Unterpunkte nach der Antwort „nein, Bewohner ist nicht zustimmungsfähig“.

10.2 Wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen mechanisch fixiert? (Beispiele: Verwendung von Bettgitter; Sitzhosen; Anlegen von Hand-, Fuß- oder Körperfesseln; Anlegen von Sitz-, Leib- oder Bauchgurten im Bett oder (Roll)-Stuhl; Anlegen von Schutzdecken, Betttüchern oder Schlafsäcken; Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll)-Stuhl, Festigung von Therapie-/Stecktischen am (Roll)-Stuhl u. a. m.)

ja nein

Wie oft wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen mechanisch fixiert?

- täglich
- mehrmals wöchentlich
- 1x wöchentlich
- seltener als 1x wöchentlich

Hat der Bewohner der Maßnahme nach einer für ihn verständlichen Aufklärung persönlich zugestimmt?

- ja
- nein
- nein, Bewohner ist nicht zustimmungsfähig

Gab es für diese Maßnahme eine richterliche Genehmigung?:

- ja
- nein
- nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt
- nein, die Fixierung unterstützt die Mobilisierung

11 Schmerz

11.1 Liegen bei dem Bewohner Anzeichen für wiederholt auftretende Schmerzen vor (z. B. Äußerungen des Bewohners, Hinweise in der Pflegedokumentation, Einnahme von Analgetika oder Verhaltensweisen demenzkranker Bewohner, die auf Schmerzen hindeuten könnten)?

ja nein

Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn aus den Äußerungen des Bewohners oder der Dokumentation hervorgeht, dass Schmerzen über mehrere Wochen oder Monate bestehen oder eine Schmerzproblematik zwar mit Unterbrechungen, aber wiederholt auftritt. Auch die regelmäßige Einnahme von Schmerzmedikamenten oder die Anwendung anderer schmerzlindernder Maßnahmen (z. B. TENS-Therapie) lassen auf eine bestehende Schmerzproblematik schließen. Einmalig auftretende Schmerzen, z. B. Kopfschmerzen am Tag der Erhebung, sind nicht zu berücksichtigen.

11.2 Liegt für den Bewohner eine Schmerzeinschätzung vor?* ja nein

Wie wurde die Einschätzung durchgeführt?

ohne Nutzung eines Instrumentes

mit Hilfe eines Einschätzungsinstrumentes

Welches Einschätzungsinstrument wurde verwendet:

NRS (Numerische Rangskala)

BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz)

Assessment ohne Scorewert

ein anderes

Gab es bei der zuletzt vorgenommenen Schmerzeinschätzung Veränderungen gegenüber der davor durchgeführten Einschätzung?

ja

nein

es wurde bislang nur eine Einschätzung vorgenommen

Wann wurde die LETZTE Schmerzeinschätzung durchgeführt?

Welcher Wert wurde für die LETZTE Schmerzeinschätzung dokumentiert?

Wurde der behandelnde Arzt über die aktuelle Schmerzeinschätzung informiert? ja nein

11.2 Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn in der Pflegedokumentation die Einschätzung der Schmerzproblematik des Bewohners dokumentiert ist. Eine Schmerzeinschätzung umfasst mindestens Angaben zu Schmerzstärke und Lokalisation. Weitere Aspekte können z. B. Schmerzqualität, Dauer, zeitliche Verlaufsmuster, verstärkende oder lindernde Faktoren sowie Auswirkungen des Schmerzes auf das Alltagsleben sein.

Bitte geben Sie ebenfalls an, ob die Schmerzeinschätzung mit Hilfe eines Instrumentes durchgeführt wurde (z. B. numerische Rangskala, visuelle Analogskala, Schmerzerfassungsbogen). Wenn ja, tragen Sie bitte ein, welches.

NEU: Sollte ein Assessment ohne Scorewerte eingesetzt werden, wird dieses jetzt separat erfasst. Somit wird die Erfragung von Schmerzwerten nicht notwendig.

Geben Sie weiter an, ob sich der Schmerzstatus des Bewohners zwischen den letzten beiden Einschätzungszeitpunkten verändert hat. Dabei ist es unerheblich, ob die Veränderung als Verbesserung oder Verschlechterung zu betrachten ist. Bitte geben Sie für die vorletzte und letzte Schmerzeinschätzung außerdem an, welcher Wert jeweils dokumentiert wurde. Wenn bislang nur eine Einschätzung durchgeführt wurde, kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an. Geben Sie im nächsten Schritt sowohl das Datum der letzten, als auch der vorletzten Schmerzeinschätzung an. Wurde bislang nur eine Einschätzung durchgeführt, tragen Sie bitte unter dem „Datum“ zur vorletzten Einschätzung „nicht erfolgt“ ein.

Bitte geben Sie unter 11.2 an, ob der behandelnde Arzt über die aktuelle Schmerzeinschätzung informiert wurde. Bitte beantworten Sie die Frage nur dann mit ja, wenn die Informationsweitergabe an den Arzt **schriftlich dokumentiert** wurde. Falls eine Information erfolgt ist, geben Sie bitte an, wann und in welcher Form dies geschehen ist.

12 Heimeinzug

12.1 Ist der Bewohner innerhalb der letzten 6 Monate neu in die Einrichtung eingezogen? ja nein

Ist nach Ablauf der 2. Woche und vor Ende der 6. Woche nach dem Heimeinzug mit dem Bewohner und/oder anderen Personen ein Gespräch über sein Einleben und die zukünftige Versorgung geführt worden?*

ja nein

Wann wurde das Gespräch geführt?

Wer hat an dem Integrationsgespräch teilgenommen (ohne Mitarbeiter der Einrichtung)?* (Mehrfachangaben)

Bewohner

Angehörige

Betreuer

andere Personen

Mit der Frage 12.1 ist die Durchführung eines „Integrationsgesprächs“ gemeint. Gemeint ist, dass das Gespräch **geplant und ausdrücklich zu dem Zweck** geführt wurde, das Einleben des Bewohners in der Einrichtung gemeinsam mit ihm und/oder anderen Bezugspersonen zu besprechen. Besprochen wird z. B., ob der Bewohner zufrieden mit der Tagesstrukturierung ist, oder ob er spezielle Wünsche im Hinblick auf die pflegerische Versorgung hat. Nicht gemeint sind zufällige Gespräche, die sich während der pflegerischen Versorgung ergeben.

Geben Sie bitte auch an, welche Personen an dem Integrationsgespräch teilgenommen haben. Mitarbeiter der Einrichtung sind dabei nicht zu berücksichtigen.

Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert?*

WICHTIG: Wählen Sie bitte nur dann „ja“ aus, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z.B. Wünsche des Bewohners oder Absprachen über das Beibehalten oder die Veränderung der Versorgung, schriftlich festgehalten wurden!

ja nein

Kreuzen Sie unter 12.1 bitte nur „ja“ an, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z. B. Wünsche des Bewohners und Ziele für die zukünftige Versorgung festgehalten wurden. Auch wenn der Bewohner keine Veränderungen wünscht und dies dokumentiert wurde, kreuzen Sie bitte „ja“ an.

Bitte beachten Sie, dass hier die Betonung auf **„ein Gespräch“** liegt, **nicht**, ob nach Ablauf der 2. Woche und vor Ende der 6. Woche nach dem Heimeinzug jeweils ein Gespräch geführt wurde.

13 Einschätzung von Verhaltensweisen

13.1 Der Bewohner hat bei der Bewertung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten folgende Gesamtpunktzahl erreicht: 21

Wurde für den Bewohner eine Einschätzung von Verhaltensweisen mit Hilfe eines Instrumentes (Liste vorgegebener Verhaltensweisen) durchgeführt und dokumentiert?*

ja nein

Wann wurde das Instrument zuletzt eingesetzt?

Welche der folgenden Verhaltensweisen berücksichtigt das verwendete Instrument?* (Mehrfachangaben)

- motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- physisch aggressives Verhalten gegen Personen
- verbal aggressives Verhalten
- selbstverletzendes/selbstgefährdendes Verhalten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- Angstzustände
- keine der genannten Verhaltensweisen ist berücksichtigt

Welche Einschätzungen sieht das Instrument zu den einzelnen Verhaltensweisen vor? (Mehrfachangaben)

- Informationen darüber, ob das Verhalten vorliegt oder nicht
- Häufigkeit des Verhaltens
- Einschätzung dazu, ob aus dem Verhalten Unterstützungsbedarf resultiert oder nicht
- keine der genannten Einschätzungen sind vorgesehen

Klicken Sie ein „ja“ an, wenn bei dem Bewohner eine Einschätzung des Verhaltens anhand einer vorgegebenen Liste möglicher Verhaltensweisen durchgeführt wurde. Dies kann beispielsweise mit Hilfe eines gesonderten Formulars oder in Form entsprechender Vorgaben im Anamnesebogen erfolgt sein.

Wenn eine solche Einschätzung stattgefunden hat, klicken Sie unter 13.1 bitte diejenigen Verhaltensweisen an, welche die in Ihrer Einrichtung verwendete Liste vorsieht. Erläuterungen dazu, was unter diesen Verhaltensweisen zu verstehen ist, finden Sie auf den Seiten 24 bis 25 dieses Leitfadens.

Informationen darüber, ob das Verhalten vorliegt oder nicht Häufigkeit des Verhaltens Einschätzung dazu, ob aus dem Verhalten Unterstützungsbedarf resultiert oder nicht

Geben Sie unter 13.4 bitte an, welche Einschätzungen bei der Nutzung der in Ihrer Einrichtung verwendeten Liste getroffen werden sollen:

- Wird ausschließlich erhoben, ob der Bewohner ein bestimmtes Verhalten zeigt?
- Wird erhoben, wie häufig der Bewohner ein bestimmtes Verhalten zeigt?
- Wird auch erhoben und dokumentiert, ob aus einem bestimmten Verhalten pflegerischer Unterstützungsbedarf resultiert?

14 Blasenkontinenz

Durch die Einschätzung des Kontinenzprofils kann eine Unterscheidung nach Kontinenz / Inkontinenz vorgenommen werden. Außerdem lassen sich Aussagen ableiten, ob die Kontinenz durch den Einsatz verschiedener Interventionen selbständig oder mit Unterstützung durch Pflegekräfte gefördert bzw. erreicht wird oder ob Inkontinenz durch den Einsatz verschiedener Interventionen selbständig oder mit Unterstützung durch Pflegekräfte kompensiert werden kann.

15 Mundgesundheit

15.1 Wurde innerhalb der letzten sechs Monate eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung beim Bewohner durchgeführt?

ja
 nein

Oral Health Impact Profile (OHIP-G5) Der Bewohner hatte aufgrund von Problemen mit den Zähnen, im Mundbereich oder mit dem Zahnersatz in den letzten 4 Wochen ...

0 = nie
1 = kaum
2 = ab und zu
3 = oft
4 = sehr oft

15.2 ... Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrungsmitteln. 0 1 2 3 4

15.3 ... den Eindruck, sein Essen war geschmacklich weniger gut. 0 1 2 3 4

15.4 ... schwer gefallen, seinen alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen. 0 1 2 3 4

15.5 ... Schmerzen im Gesichtsbereich. 0 1 2 3 4

15.6 ... wegen des Aussehens seiner Zähne oder seines Zahnersatzes unwohl oder unbehaglich gefühlt. 0 1 2 3 4

Bitte klicken Sie unter 15.1 nur dann ein „ja“ an, wenn die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in der Pflegedokumentation festgehalten worden ist oder diese durch ein Stempelheft nachgewiesen werden kann.

Leider passt die Einleitungsfrage (grammatikalisch) nicht genau zu den Punkten 15.4 und 15.6.

15.4 lautet korrekt:

Dem Bewohner ist es aufgrund von Problemen mit den Zähnen, im Mundbereich oder mit dem Zahnersatz in den letzten 4 Wochen **schwergefallen, seinen alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen.**

15.6 lautet korrekt:

Der Bewohner hat sich aufgrund von Problemen mit den Zähnen, im Mundbereich oder mit dem Zahnersatz in den letzten 4 Wochen **wegen des Aussehens seiner Zähne oder seines Zahnersatzes unwohl oder unbehaglich gefühlt.**

NEU und nur relevant, wenn in der Erhebungsmaske das Feld 16 zu sehen ist.

16 Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen²

Der Bereich „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ erfasst Aktivitäten und Fähigkeiten, die dem Themenkreis der selbstständigen Krankheitsbewältigung zuzuordnen sind, und zwar insbesondere der „krankheitsbezogene Arbeit“, die direkt auf die Kontrolle von Erkrankungen und Symptomen sowie auf die Durchführung therapeutischer Interventionen bezogen sind.

Ein Großteil der hier aufgeführten Maßnahmen und Handlungen kann von erkrankten Personen eigenständig durchgeführt werden, sofern sie über die dazu nötigen Ressourcen verfügen, d. h. über körperliche und kognitive Fähigkeiten, spezifische Fertigkeiten, Motivation, Kenntnisse u. a. m. Dies gilt auch für Maßnahmen, die nur selten von den Erkrankten selbst durchgeführt werden, wie z. B. das Absaugen von Sekret oder die regelmäßige Einmalkatheterisierung. Mit dem Bereich ist daher häufig ein Hilfebedarf bei der Anleitung und Motivation oder Schulung verknüpft.

Zu diesem Modul werden die Bedarfsaspekte erfasst. Hierbei wird differenziert in:

16. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

* = Hinweise im Implementationsleitfaden

0 = entfällt
1 = selbständig
2 = nur vorübergehend (< 6 Mon.)
3 = unselbständig

- | | |
|-----------------------|---|
| 0 = entfällt | Die genannte Maßnahme oder Aktivität ist für die Person nicht relevant (für die Maßnahme ist keine ärztliche Anordnung vorhanden). |
| 1 = selbständig | Die genannte Maßnahme oder Aktivität ist für die Person relevant (für die Maßnahme ist eine ärztliche Anordnung vorhanden), wird aber ohne weitere Hilfe von anderen Personen eigenständig durchgeführt. |
| 2 = nur vorübergehend | Die genannte Maßnahme oder Aktivität ist für die Person relevant (für die Maßnahme ist eine ärztliche Anordnung vorhanden), wird aber nur vorübergehend, voraussichtlich weniger als 6 Monate durchgeführt. Wird die Maßnahme beispielweise bereits seit 2 Monaten durchgeführt, ist zu bewerten, ob die Maßnahme noch mindestens 4 weitere Monate notwendig ist. Maßnahmen, die rückblickend länger als 6 Monate angedauert haben, jetzt aber nicht mehr umgesetzt werden, sind nicht relevant (= 0 = entfällt). |
| 3 = unselbständig | Die genannte Maßnahme oder Aktivität ist für die Person relevant (für die Maßnahme ist eine ärztliche Anordnung vorhanden), wird nicht nur vorübergehend durchgeführt und kann nicht ohne weitere Hilfe von anderen Personen durchgeführt werden. Hierzu zählt ebenso die Anleitung, Beaufsichtigung und teilweise Übernahme der Tätigkeit. |

² Dieser Abschnitt basiert auf den freigegebenen Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 15.04.2016.

Zu bewerten ist, ob die genannte Aktivität für die Person relevant ist und ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Ist dies nicht der Fall, wird die Häufigkeit der erforderlichen Hilfe durch andere Personen dokumentiert (Anzahl pro Tag/pro Woche/pro Monat). Es ist unerheblich, ob die personelle Unterstützung durch Pflegepersonen oder Pflege(fach-)kräfte erfolgt und auch ob sie gemäß § 37 SGB V verordnet und abgerechnet wird.

Zu jedem Kriterium ist nur ein Eintrag möglich:

Entfällt oder selbständig oder Häufigkeit der Hilfe mit einer vollen Zahl pro Tag, pro Woche oder pro Monat. Ggf. ist von Tag auf Woche oder auf Monat umzurechnen. Zur Umrechnung von Woche auf Monat werden wöchentliche Maßnahmen mit vier multipliziert.

Erfolgt eine Medikation z. B. jeden zweiten Tag, so kann man diese Frequenz nur mit 15 x pro Monat darstellen.

Werden zweimal täglich Insulin-Injektionen gegeben und zweimal wöchentlich zusätzlich andere Injektionen, ist umzurechnen auf die Woche. Es erfolgt der Eintrag 16 x pro Woche.

16.1 Medikation	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.2 Injektion (s.c/i.m.)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.3 Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.4 Absaugen oder Sauerstoffgabe	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.5 Einreibung, Kälte-/Wärmeanwendungen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.6 Messung und Deutung von Körperzuständen (z.B. BZ, RR etc.)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.7 Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (z.B. Prothesen, Kompressionsstrümpfe)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.8 Verbandwechsel/Wundversorgung	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.9 Wundversorgung bei Stoma	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abfuhrmethoden	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.11 Zeitlich ausgedehnte technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung (wie Hämodialyse)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.12 Zeitlich ausgedehnte technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung (wie Hämodialyse)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.13 Arztbesuche	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.14 Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
16.15 Zeitlich ausgedehnter Besuch med./therap. Einrichtungen (länger als 3 Std.)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

16.1 Orale Medikation, Augen- oder Ohrentropfen, Zäpfchen und Medikamentenpflaster

Das Ausmaß der Hilfestellung kann von einmal wöchentlichem Stellen der Medikamente im Wochendispenser bis zu mehrfach täglicher Einzelgabe differieren. Werden Medikamente verabreicht, ist das Stellen nicht gesondert zu berücksichtigen.

16.2 Subkutane und intramuskuläre Injektionen und subkutane Infusionen

Dazu gehören z. B. Insulininjektionen oder auch die Versorgung mit Medikamentenpumpen über einen subkutanen Zugang.

16.3 Versorgung intravenöser Zugänge (z. B. Port)

Hierunter fällt hauptsächlich die Port-Versorgung. Sie ist oft fachpflegerisch erforderlich. In Bezug auf den Umgang mit intravenösen Zugängen ist auch die Kontrolle zur Vermeidung von Komplikationen wie Verstopfung des Katheters zu berücksichtigen. Analog ist auch die Versorgung intrathekaler Zugänge hier zu erfassen. Das Anhängen von Nährlösungen zur parenteralen Ernährung ist nicht hier, sondern unter Punkt 16.13 zu erfassen.

16.4 Absaugen und Sauerstoffgabe

Absaugen kann z. B. bei beatmeten oder tracheotomierten Patienten in sehr unterschiedlicher und wechselnder Häufigkeit notwendig sein. Es ist der durchschnittliche Bedarf anzugeben. Ebenso ist hier das An- und Ablegen von Sauerstoffbrillen oder analog auch von Atemmasken zur nächtlichen Druckbeatmung zu erfassen sowie das Bereitstellen eines Inhalationsgerätes (inkl. deren Reinigung). Jede Maßnahme ist auch einzeln zu berücksichtigen.

16.5 Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen

Hier sind alle externen Anwendungen mit ärztlich angeordneten Salben, Cremes, Emulsionen etc. abzubilden, außerdem Kälte- und Wärmeanwendungen, die z. B. bei rheumatischen Erkrankungen angeordnet werden. Jede Maßnahme ist auch einzeln zu berücksichtigen.

16.6 Messung und Deutung von Körperzuständen

Die Aktivität umfasst Messungen wie z. B. Blutdruck, Puls, Blutzucker, Temperatur, Körpergewicht, Flüssigkeitshaushalt, soweit diese auf ärztliche Anordnung erfolgen. Dabei geht es nicht nur darum, die Messung durchzuführen, sondern auch notwendige Schlüsse zu ziehen, etwa zur Festlegung der erforderlichen Insulindosis oder zur Notwendigkeit anderer Maßnahmen, wie das Umstellen der Ernährung oder auch das Aufsuchen einer Ärztin oder eines Arztes. Dies gilt beispielsweise auch für Menschen mit erhöhtem Blutdruck, die zur Ergänzung der medikamentösen Therapie und einer Umstellung ihres Lebensstils regelmäßig Blutdruck und Puls kontrollieren.

16.7 Körpernahe Hilfsmittel

Hierunter versteht man beispielsweise das An- und Ablegen von Prothesen, kieferorthopädische Apparaturen; Orthesen, Brille, Hörgerät oder Kompressionsstrümpfen (inkl. deren Reinigung).

Keine Zahnprothesen → Der Umgang mit Zahnprothesen wird bereits unter Punkt 6.2 erfasst.

16.8 Verbandwechsel und Wundversorgung

Die Aktivität beinhaltet die Versorgung chronischer Wunden, wie z. B. Ulcus cruris oder Dekubitus.

16.9 Versorgung mit Stoma

Gemeint ist hier die Pflege künstlicher Körperöffnungen wie Tracheostoma, PEG, subrapubischer Blasenkatheter, Urostoma, Colo- oder Ileostoma. Hierbei ist auch das Reinigen des Katheters, die Desinfektion der Einstichstelle der PEG und falls notwendig auch der Verbandwechsel zu bewerten. Die Pflege eines Urostoma, Colo- oder Ileostoma ist in der Regel mit dem Wechsel der Basisplatte

oder dem Wechsel eines einteiligen Systems verbunden. Der einfache Wechsel oder das Entleeren eines Stoma- oder Katheterbeutels oder das Anhängen von Sondennahrung sind unter den Punkten 16.11 ff zu werten.

16.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden

Regelmäßige Einmalkatheterisierungen kommen insbesondere bei neurogenen Blasenentleerungsstörungen vor. Mit Abführmethoden sind Anwendungen von Klistier, Einlauf, digitale Ausräumung gemeint.

16.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung

Bei vielen Erkrankungen werden aus einer Heilmitteltherapie heraus Anweisungen zu einem Eigenübungsprogramm gegeben, welches dauerhaft und regelmäßig durchgeführt werden soll, z. B. krankengymnastische Übungen, Atemübungen oder logopädische Übungen. Des Weiteren sind Maßnahmen zur Sekretelemination (ausgenommen Absaugen) zu nennen oder die Durchführung spezifischer Therapien nach Bobath oder Vojta oder die Durchführung ambulanter Peritonealdialyse (CAPD).

16.12 Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung

Gemeint sind hier spezielle Therapiemaßnahmen wie Hämodialyse oder Beatmung, die im häuslichen Umfeld durchgeführt werden können, wenn ständige Überwachung während der Maßnahme durch geschulte Pflegepersonen gewährleistet wird.

Spezielle Krankenbeobachtung (gemäß Pos. 24 HKP-Richtlinie) ist meist rund um die Uhr erforderlich, z. B. bei maschineller Beatmung, und ist mit einmal täglich einzutragen.

16.13 Arztbesuche

Hierunter fallen regelmäßige Besuche bei der niedergelassenen Hausärztin bzw. beim niedergelassenen Hausarzt oder Fachärzten bzw. Facharzt zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken. Wenn eine Unterstützung auf dem Weg zu oder bei Arztbesuchen erforderlich ist, ist diese in durchschnittlicher Häufigkeit zu erfassen.

16.14 Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)

Hier ist das Aufsuchen anderer Therapeuten, z. B. Physiotherapeuten/Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychotherapeuten, von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung oder Diagnostik oder anderer Einrichtungen des Gesundheitswesens zu berücksichtigen.

Sollte der Gesamtzeitaufwand bei der Nutzung dieser Einrichtungen einschließlich der Fahrtzeiten für die Pflegeperson mehr als drei Stunden umfassen, so ist dies unter Punkt 16.15 zu berücksichtigen.

16.15 Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)

Bei manchen Erkrankungen kann es notwendig sein, spezialisierte Einrichtungen aufzusuchen, wodurch erhebliche Fahrtzeiten anfallen können. Auch kann es erforderlich sein, sich zeitaufwändiger diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen zu unterziehen z. B. onkologische Behandlung oder Dialyse. Der dafür erforderliche Zeitaufwand für die Pflegeperson muss pro Termin mehr als drei Stunden betragen.

Sollte der Zeitaufwand bei der Nutzung dieser Einrichtungen (einschl. Fahrtzeiten) unter drei Stunden liegen, so ist dies unter Punkt 16.13 oder 16.14 zu berücksichtigen.

16.16 Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften, und zwar:

- entfällt/nicht erforderlich
- selbständig
- überwiegend selbständig (bei gelegentlicher Erinnerung/Anleitung)
- überwiegend unselbständig (benötigt meistens Anleitung)
- unselbständig (benötigt immer Anleitung)

16.16 Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

Bei manchen Erkrankungen werden bestimmte Diäten³ oder Essvorschriften oder andere Verhaltensvorschriften von der Ärztin oder vom Arzt angeordnet. Dazu gehören auch die ärztlich angeordnete Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, in der sowohl die Art und Menge der Lebensmittel wie auch die Art und der Zeitpunkt der Aufnahme aus therapeutischen Gründen geregelt sind, z. B. bei Stoffwechselstörungen, Nahrungsmittelallergien, bei Essstörungen wie Anorexie oder Prader-Willi- Syndrom. Andere Verhaltensvorschriften können sich auf vitale Funktionen beziehen, z. B. Sicherstellung einer Langzeit-Sauerstoff-Therapie bei unruhigen Personen.

Diese Vorschriften sind im Einzelnen zu benennen. Im Weiteren sind der Grad der Selbständigkeit bei der Einhaltung dieser Vorschriften und der daraus resultierende Bedarf an personeller Unterstützung zu beurteilen. Es geht hier um die Einsichtsfähigkeit der Person zur Einhaltung der Vorschriften und nicht um die Zubereitung einer Diät oder das An- und Ablegen einer Sauerstoffmaske. Nicht gemeint ist die selbstbestimmte Ablehnung von ärztlichen Vorschriften bei erhaltenen mentalen Funktionen.

Liegen keine Vorschriften vor, ist das Feld „entfällt, nicht erforderlich“ anzukreuzen.

- | | |
|----------------------------|---|
| Selbständig: | Die Person kann die Vorschriften selbständig einhalten. Das Bereitstellen einer Diät reicht aus. |
| Überwiegend selbständig: | Die Person benötigt Erinnerung, Anleitung. In der Regel reicht das Bereitstellen der Diät nicht aus. Darüber hinausgehendes Eingreifen ist maximal einmal täglich erforderlich. |
| Überwiegend unselbständig: | Die Person benötigt meistens Anleitung, Beaufsichtigung. Das Bereitstellen der Diät reicht nicht aus. Darüber hinausgehendes Eingreifen ist mehrmals täglich erforderlich. |
| Unselbständig: | Die Person benötigt immer Anleitung, Beaufsichtigung. Das Bereitstellen der Diät reicht nicht aus. Darüber hinausgehendes Eingreifen ist (fast) durchgehend erforderlich. |

³ Eine Diät (Syn: modifizierte Kostform) ist definiert als angeordnete Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, in der sowohl die Art und Menge der Lebensmittel wie auch Art und Zeitpunkt der Aufnahme aus therapeutischen Gründen geregelt sind. Eine Diät wird als Teil der Behandlung oder Prävention einer Erkrankung oder klinischen Kondition eingesetzt, um bestimmte Substanzen in Nahrungsmitteln zu eliminieren, vermindern oder zu erhöhen. Beispiele für Diäten sind die glutenfreie oder laktosefreie Diät. (Valentini L et al., Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) - DGEM- Terminologie in der Klinischen Ernährung, Aktuell Ernährungsmed 2013; 38: 97–111)

III. Grundsätzliches zur Erfassung von Selbstständigkeit

Im vorliegenden Erhebungsbogen geht es mehrfach um Selbstständigkeit bei bestimmten Aktivitäten.

Bitte berücksichtigen Sie dabei Folgendes:

Selbstständigkeit ist im vorliegenden Instrument definiert als die Fähigkeit einer Person, die jeweilige Handlung/Aktivität allein, d.h. ohne Unterstützung durch andere Personen bzw. ohne personelle Hilfe durchzuführen. Unter personeller Hilfe versteht man alle unterstützenden Handlungen, die eine Person benötigt, um die betreffenden Aktivitäten durchzuführen.

Selbstständigkeit wird im Erhebungsbogen mittels einer vierstufigen Skala bewertet. Sie umfasst die Ausprägungen:

- 0 = selbständig
- 1 = überwiegend selbständig
- 2 = überwiegend unselbständig
- 3 = unselbständig.

0 = selbständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel selbständig durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die Person (noch) keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

1 = 1 Überwiegend selbständig:

Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen. Dementsprechend entsteht nur geringer/mäßiger Aufwand für die Pflegeperson, und zwar in Form von motivierenden Aufforderungen, Impulsgebung, Richten/Zurechtlegen von Gegenständen oder punktueller Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität.

2 = überwiegend unselbständig

Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchführen. Es sind aber Ressourcen vorhanden, so dass sie sich beteiligen kann. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität voraus. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, Impulsgebung, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus.

3 = unselbständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Motivation, Anleitung, ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen.

!!! Wichtig !!!

Stellen Sie sich bei der Einschätzung von Selbstständigkeit zunächst die Frage, ob

- **die gesamte (oder nahezu gesamte) Aktivität,**
- **der größte Teil einer Aktivität,**
- **der geringere Teil einer Aktivität oder**
- **kein nennenswerter Anteil der Aktivität**

selbständig ausgeführt werden kann. Nur wenn die Beurteilung dieser Frage mit Unsicherheit verbunden ist, sollte die Einschätzung in einem zweiten Schritt anhand der erforderlichen Formen der Unterstützung erfolgen.

09 Regeln zur Datenerhebung

Regeln zur Datenerhebung

- Beachtung des Erhebungsintervalls von 7 Tagen zwischen den beiden Erhebungen des gleichen Bewohners (Phasen im Programm: T₀ und T₁; sogenannte *7-Tage-Regel*)
- Anfertigung von Nutzungsplänen für die Laptops, wenn mehrere Rater-Teams eingesetzt werden
- Zugang zur Pflegedokumentation muss sichergestellt sein
- Ungestörtes Arbeiten muss möglich sein (Rückzug ermöglichen)
- Die Erhebung der/des aktuell bearbeiteten Bewohners_in soll immer abgeschlossen werden
- Konsequente Verwendung des Leitfadens und der Pflegedokumentation
- Die reale Situation soll erhoben werden, ggf. im Wohnbereich nachfragen
- Grundsatz: Die Dokumentation hat immer Recht
 - Sind Eintragungen veraltet, darf die Dokumentation korrigiert werden
 - Die Korrektur muss zeitnah umgesetzt werden, und die/der andere Datenerheber_in muss darüber informiert werden (Gefahr der Informationssymmetrie)
- Die Datenerhebungsteams dürfen sich über die Bewohnern_innen und ihre Fähigkeiten besprechen, allerdings nicht über ihre Bewertungen
- Es soll festgelegt werden, welche Bewertung verwendet wird, wenn die/der Bewohner_in zwischen zwei Bewertungen steht (Bsp. Zwischen 2 = überwiegend unselbstständig und 3 = unselbstständig):
 - Für alle Bewohner immer die bessere (niedrigere) Bewertung

oder

 - Für alle Bewohner immer die schlechtere (höhere) Bewertung
- Durch die Zuordnung der Messzeitpunkte zu den festgelegten Datenerhebern_innen können detaillierte Erhebungspläne angelegt werden.

10 Fragebogen Erhebungsdokumentation

Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP) – Erhebungsdokumentation –

Die vorliegende Erhebungsdokumentation soll Sie bei der Dokumentation und Rückmeldung ihrer Erfahrungen und Eindrücke in der Studie zur **modellhaften Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)** unterstützen.

Ein eigenes Exemplar der Erhebungsdokumentation erhalten jeweils

- die Projektansprechpartner*innen
- die der Datenerheber*innen
- die Leitungen
- die/der Qualitätsmanagementbeauftragte

Die Erhebungsdokumentation gliedert sich in drei Teile:

1. **Fragen zur Praktikabilität/Handhabung des Instrumentes**
2. **Fragen zum Aufwand**
3. **Fragen zu Möglichkeiten der Einflussnahme**

Sie können die Erhebungsdokumentation am Arbeitsplatzrechner bearbeiten und speichern, alternativ aber auch handschriftlich ausfüllen.

Verschaffen Sie sich einen Überblick über die Erhebungsdokumentation und halten Sie die Erhebungsdokumentation während der Dateneingabe griffbereit – so können sie direkt Ihre Erfahrungen und Beobachtungen festhalten.

Wir werden Sie ab der zweiten Erhebungswoche in Ihrer Einrichtung individuell um eine Rückmeldung zu Ihren Beobachtungen und Erfahrungen bitten.

Wenn Sie Fragen zu der Erhebungsdokumentation oder der Bearbeitung haben, wenden Sie sich an das Studienteam der Universität Bremen:

Kontakt Telefon: 0421 – 218 - 58637
Mathias Fünfstück m.fuenfstueck@uni-bremen.de
Sina Siltmann siltmann@uni-bremen.de

Name der Einrichtung:	
Mitarbeiter-ID*:	

*die Angabe dient ausschließlich zur Nachfrage bei fehlenden Rückmeldungen

1 Fragen zur Praktikabilität und Handhabung des Instrumentes

- 1.1 Wie haben Sie den Umgang mit dem Eingabeprogramm allgemein erlebt? Bitte beschreiben Sie: was war leicht/gut?

- 1.2 Wie haben Sie den Umgang mit dem Eingabeprogramm allgemein erlebt? Bitte beschreiben Sie: was war schwer/nicht so gut?

1.3 Welche Fragen waren schwierig zu beantworten und warum?

Die Fragen im Instrument sind nummeriert. Bitte schreiben Sie die Nummer bei Ihrer Rückmeldung mit auf, z. B.: „Frage 6.1 war schwer weil, “.

2 Fragen zum Bearbeitungsaufwand

Hier möchten wir von Ihnen wissen, wie aufwändig die Datenerhebung für Sie war. Dabei geht es natürlich um den Zeitaufwand. Es können aber auch andere Dinge Aufwand erzeugen – beispielsweise das Beschaffen von Akten oder Informationen oder auch ein unruhiger Arbeitsplatz. Es gibt vielleicht aber auch Dinge, die den Bearbeitungsaufwand positiv beeinflusst haben? Melden Sie uns alles zurück, was für Sie persönlich den Bearbeitungsaufwand beeinflusst hat.

2.1 Beschreiben Sie kurz Ihren Aufwand vor und während der Datenerhebung.

2.2 Wie haben Sie den Bearbeitungsaufwand allgemein erlebt? Bitte beschreiben Sie: Wodurch hat sich der Aufwand für Sie erhöht? Welche Hürden haben Ihnen die Bearbeitung erschwert?

2.3 Wie haben Sie den Bearbeitungsaufwand allgemein erlebt? Bitte beschreiben Sie: Wodurch hat sich der Aufwand für Sie verringert? Welche Dinge haben Ihnen die Bearbeitung erleichtert?

2.4 Was möchten Sie uns sonst noch zum Bearbeitungsaufwand zurückmelden?

3 Fragen zu Möglichkeiten der Einflussnahme

Stellen Sie sich vor, alle stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland erheben nun selber ihre Qualitätsdaten. Es wird möglicherweise Einrichtungen geben, die mit ihrer Ergebnisqualität nicht zufrieden sind. Diese Einrichtungen werden versuchen, die Ergebnisse so zu beeinflussen, dass sie für sie besser ausfallen. Können Sie sich vorstellen, wie eine Einrichtung dies durch die Dateneingabe erreichen kann? **An welchen Stellen/ bei welchen Fragen könnte eine Einrichtung die Ergebnisse zum eigenen Vorteil beeinflussen?** Seien Sie kreativ und denken Sie gerne in alle Richtungen.

3.1 Wie kann eine Einrichtung die eigenen Ergebnisse bei der Dateneingabe zum eigenen Vorteil beeinflussen?

3.2 Gibt es abschließend noch etwas, dass Sie uns mitteilen möchten?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

11 Beispiel Einrichtungsbezogener Datenbericht

Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)

Universität Bremen
UBC Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung
UBC Zentrum für Sozialpolitik

VORLÄUFIGER

Einrichtungsbezogener Datenbericht

zur Ersterhebung der Indikatoren

Erhebungsphase 2

Einrichtungs-ID xx

25. November 2016

Übersicht

Anzahl der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen	54
davon in Berlin	7
Brandenburg	7
Baden-Württemberg	18
Rheinland-Pfalz	7
Hessen	15
davon in freigemeinnütziger Trägerschaft	26
privater Trägerschaft	24
öffentlicher Trägerschaft	4
Anzahl der im Bericht berücksichtigten Pflegeeinrichtungen	62

Im Auftrag der Vertragspartner in der Pflege nach § 113 SGB XI koordiniert durch den GKV-Spitzenverband

Qualitätsindikator 1: Mobilitätserhalt oder -verbesserung bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen

Bewertung für Ihre Einrichtung:

Überdurchschnittlich gut

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung im Bereich „Mobilität“ am Stichtag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten. Bei Bewohnern mit weitgehend fehlender Mobilität, die sich nicht verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung berücksichtigt.
Nenner	Alle Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, mit einer Einschätzung der Mobilität zum Stichtag sowie einer vorausgegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse/somnolente Bewohner und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:	32 Bewohner mit Vergleichsdaten 4 Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben 26 Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund erheblicher kognitiver Einbußen 0 Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund eines gravierenden Krankheitsereignisses während des Erfassungszeitraums 2 Verbleibende/r Bewohner mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen 2 Bewohner, mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat
Das Ergebnis für Ihre Einrichtung:	100,00% der Bewohner, mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen, haben sich in ihrer Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert.

Aus dem Gesamtdurchschnitt aller Einrichtungen ergeben sich die Richtwerte:		Richtwerte	
Überdurchschnittlich gut	25% der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen	größer / gleich	85,83%
Durchschnittlich	50% der Einrichtungen zwischen den höchsten und niedrigsten Anteilen	kleiner	85,83%
		größer	57,63%
Unterdurchschnittlich	25% der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen	kleiner / gleich	57,63%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:	69,16% beträgt der Anteil aller Bewohner, mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen, haben die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. 0,00% beträgt das Minimum über alle Einrichtungen 100,00% beträgt das Maximum über alle Einrichtungen bei 57,63% liegen 25% der Einrichtungen mit niedrigen Anteilen bei 85,83% liegen 25% der Einrichtungen mit hohen Anteilen
--	---

Qualitätsindikator 2: Mobilitätserhalt oder -verbesserung bei Bewohnern mit **mindestens erheblichen kognitiven Einbußen**

Bewertung für Ihre Einrichtung:

Überdurchschnittlich gut

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat.
Zähler	Anzahl der Bewohner, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen, mit Erhalt oder Verbesserung im Bereich „Mobilität“ am Stichtag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten. Bei Bewohnern mit weitgehend fehlender Mobilität, die sich nicht verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung berücksichtigt.
Nenner	Alle Bewohner, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen, mit einer Einschätzung der Mobilität zum Stichtag sowie einer vorausgegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse/somnolente Bewohner und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:

	69	Bewohner mit Vergleichsdaten
	4	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben
	37	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund keiner oder nur geringer kognitiver Einbußen
	0	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund eines gravierenden Krankheitsereignisses während des Erfassungszeitraums
	28	Verbleibende/r Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen
	24	Bewohner, mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, bei dem/denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat

Das Ergebnis für Ihre Einrichtung: **85,71%** der Bewohner, mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, haben sich in ihrer Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert.

Aus dem Gesamtdurchschnitt aller Einrichtungen ergeben sich die Richtwerte:

		Richtwerte	
Überdurchschnittlich gut	25% der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen	größer / gleich	55,17%
Durchschnittlich	50% der Einrichtungen zwischen den höchsten und niedrigsten Anteilen	kleiner	55,17%
		größer	25,00%
Unterdurchschnittlich	25% der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen	kleiner / gleich	25,00%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:

	40,93%	beträgt der Anteil aller Bewohner, mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, haben die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert.
	0,00%	beträgt das Minimum über alle Einrichtungen
	100,00%	beträgt das Maximum über alle Einrichtungen
bei	25,00%	liegen 25% der Einrichtungen mit niedrigen Anteilen
bei	55,17%	liegen 25% der Einrichtungen mit hohen Anteilen

Qualitätsindikator 3: Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die **keine oder nur geringe kognitive Einbußen** aufweisen

Bewertung für Ihre Einrichtung:

Durchschnittlich

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nicht verschlechtert hat.
Zähler	Anzahl der Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, mit Erhalt oder Verbesserung des Grads der Selbständigkeit im Bereich „Selbstversorgung“ (NBA) am Erhebungstag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten.
Nenner	Alle Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, mit einer Einschätzung der Selbständigkeit zum Stichtag sowie einer vorausgegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse/somnolente Bewohner und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:	48 Bewohner mit Vergleichsdaten 7 Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben 24 Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund mindestens erheblicher kognitiver Einbußen 0 Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund eines gravierenden Krankheitsereignisses während des Erfassungszeitraums 17 Verbleibende/r Bewohner mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen 12 Bewohner, mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen, bei dem/denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat
Das Ergebnis für Ihre Einrichtung:	70,59% der Bewohner, mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen, haben sich in ihrer Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat.

Aus dem Gesamtdurchschnitt aller Einrichtungen ergeben sich die Richtwerte:		Richtwerte	
Überdurchschnittlich gut	25% der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen	größer / gleich	87,88%
Durchschnittlich	50% der Einrichtungen zwischen den höchsten und niedrigsten Anteilen	kleiner	87,88%
		größer	60,00%
Unterdurchschnittlich	25% der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen	kleiner / gleich	60,00%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:	72,25% beträgt der Anteil aller Bewohner, mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. 0,00% beträgt das Minimum über alle Einrichtungen 100,00% beträgt das Maximum über alle Einrichtungen bei 60,00% liegen 25% der Einrichtungen mit niedrigen Anteilen bei 87,88% liegen 25% der Einrichtungen mit hohen Anteilen
--	---

Qualitätsindikator 4: Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die **mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen**

Bewertung für Ihre Einrichtung:

Überdurchschnittlich gut

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nicht verschlechtert hat.
Zähler	Anzahl der Bewohner, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen, mit Erhalt oder Verbesserung des Grads der Selbständigkeit im Bereich „Selbstversorgung“ (NBA) am Erhebungstag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten.
Nenner	Alle Bewohner, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen, mit einer Einschätzung der Selbständigkeit zum Stichtag sowie einer vorausgegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse/somnolente Bewohner und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:

	31	Bewohner mit Vergleichsdaten
	7	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben
	8	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund keiner oder nur geringer kognitiver Einbußen
	0	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund eines gravierenden Krankheitsereignisses während des Erfassungszeitraums
	16	Verbleibende/r Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen
	12	Bewohner, mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, bei dem/denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat

Das Ergebnis für Ihre Einrichtung: **75,00%** der Bewohner, mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, haben ihre Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert.

Aus dem Gesamtdurchschnitt aller Einrichtungen ergeben sich die Richtwerte:		Richtwerte	
Überdurchschnittlich gut	25% der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen	größer / gleich	68,75%
Durchschnittlich	50% der Einrichtungen zwischen den höchsten und niedrigsten Anteilen	kleiner	68,75%
		größer	50,00%
Unterdurchschnittlich	25% der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen	kleiner / gleich	50,00%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:

	57,28%	beträgt der Anteil aller Bewohner, mit erheblichen kognitiven Einbußen, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat.
	0,00%	beträgt das Minimum über alle Einrichtungen
	100,00%	beträgt das Maximum über alle Einrichtungen
bei	50,00%	liegen 25% der Einrichtungen mit niedrigen Anteilen
bei	68,75%	liegen 25% der Einrichtungen mit hohen Anteilen

Qualitätsindikator 5: Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Bewertung für Ihre Einrichtung:

Überdurchschnittlich gut

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nicht verschlechtert bzw. verbessert hat.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung des Grads der Selbständigkeit im Bereich „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ (NBA) am Erhebungstag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten.
Nenner	Alle Bewohner mit einer Einschätzung der Selbständigkeit zum Stichtag sowie einer vorausgegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse/somnolente Bewohner und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:

10	Bewohner mit Vergleichsdaten
2	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben
7	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund eines gravierenden Krankheitsereignisses während des Erfassungszeitraums
1	Verbleibende/r Bewohner
1	Bewohner, bei dem/denen sich die Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat

Das Ergebnis für Ihre Einrichtung: **100,00%** beträgt der Anteil aller Bewohner, die ihre Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert haben.

Aus dem Gesamtdurchschnitt aller Einrichtungen ergeben sich die Richtwerte:		Richtwerte	
Überdurchschnittlich gut	25% der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen	größer / gleich	76,81%
Durchschnittlich	50% der Einrichtungen zwischen den höchsten und niedrigsten Anteilen	kleiner	76,81%
		größer	50,40%
Unterdurchschnittlich	25% der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen	kleiner / gleich	50,40%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:

60,31%	beträgt der Anteil aller Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat.
0,00%	beträgt das Minimum über alle Einrichtungen
100,00%	beträgt das Maximum über alle Einrichtungen
bei 50,40%	liegen 25% der Einrichtungen mit niedrigen Anteilen
bei 76,81%	liegen 25% der Einrichtungen mit hohen Anteilen

Qualitätsindikator 6: Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit **geringem** Dekubitusrisiko

Bewertung für Ihre Einrichtung:

Durchschnittlich

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner mit geringem Dekubitusrisiko, die innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung ein Dekubitalgeschwür 2. bis 4. Grades entwickelt haben.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit geringem Dekubitusrisiko und mit einem in der Einrichtung neu entstandenen Dekubitus. Bewohner, die einen Dekubitus während eines Krankenhausaufenthaltes oder vor dem Heimeinzug oder in einer anderen Versorgungsumgebung entwickelt haben, bleiben außer Betracht.
Nenner	Alle Bewohner mit geringem Dekubitusrisiko (Bewohner, die in der Lage sind, einen Positionswechsel im Bett überwiegend oder komplett selbständig durchzuführen).
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen in Form von Mobilisierung oder Lagerung nachweislich ablehnen.

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:	67	Bewohner wurde/n in die Studie einbezogen
	0	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben
	12	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund eines hohen Dekubitusrisikos
	0	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund der Ablehnung von relevanten Prophylaxemaßnahmen
	55	Verbleibende/r Bewohner mit einem geringen Dekubitusrisiko
	1	Bewohner mit einem geringen Dekubitusrisiko haben/hat einen Dekubitus zwischen Grad 2 und 4 in der Pflegeeinrichtung entwickelt
Das Ergebnis für Ihre Einrichtung:	1,82%	der Bewohner mit einem geringen Dekubitusrisiko haben/hat innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung ein Dekubitalgeschwür 2. bis 4. Grades entwickelt

Aus dem Gesamtdurchschnitt aller Einrichtungen ergeben sich die Richtwerte:

		Richtwerte	
Überdurchschnittlich	Der Anteil der Bewohner mit neuem Dekubitus liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts	kleiner / gleich	0,75%
Durchschnittlich	Maximal ein neuer Dekubitusfall oder Anteil der Bewohner mit Dekubitusentstehung liegt zwischen der Hälfte des Gesamtdurchschnitts und dem 1,5-fachen des Gesamtdurchschnitts	größer	0,75%
		kleiner / gleich	2,25%
Unterdurchschnittlich	Der Anteil der Bewohner mit neuem Dekubitus liegt über dem 1,5-fachen des Gesamtdurchschnitts	größer	2,25%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:	1,50%	beträgt der Anteil aller Bewohner, mit einem geringen Dekubitusrisiko, die einen Dekubitus in einer Pflegeeinrichtung entwickelt haben.
	0,00%	beträgt das Minimum über alle Einrichtungen
	25,00%	beträgt das Maximum über alle Einrichtungen

Qualitätsindikator 7: Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit **hohem** Dekubitusrisiko

Bewertung für Ihre Einrichtung:

Unterdurchschnittlich

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner mit hohem Dekubitusrisiko, die innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung ein Dekubitalgeschwür 2. bis 4. Grades entwickelt haben.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit hohem Dekubitusrisiko und mit einem in der Einrichtung neu entstandenen Dekubitus. Bewohner, die einen Dekubitus während eines Krankenhausaufenthaltes oder vor dem Heimeinzug oder in einer anderen Versorgungsumgebung entwickelt haben, bleiben außer Betracht.
Nenner	Alle Bewohner mit hohem Dekubitusrisiko (Bewohner, die nicht in der Lage sind, einen Positionswechsel im Bett überwiegend oder komplett selbständig durchzuführen).
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen in Form von Mobilisierung oder Lagerung ablehnen und bei denen dies dokumentiert ist.

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:	83	Bewohner wurde/n in die Studie einbezogen
	0	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben
	60	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund eines niedrigen Dekubitusrisikos
	0	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund der Ablehnung von relevanten Prophylaxemaßnahmen
	23	Verbleibende/r Bewohner mit einem hohen Dekubitusrisiko
	7	Bewohner mit einem hohen Dekubitusrisiko haben/hat einen Dekubitus zwischen Grad 2 und 4 in der Pflegeeinrichtung entwickelt
Das Ergebnis für Ihre Einrichtung:	30,43%	der Bewohner mit einem hohen Dekubitusrisiko haben/hat innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung ein Dekubitalgeschwür 2. bis 4. Grades entwickelt.

Aus dem Gesamtdurchschnitt aller Einrichtungen ergeben sich die Richtwerte:

		Richtwerte	
Überdurchschnittlich	Der Anteil der Bewohner mit neuem Dekubitus liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts	kleiner / gleich	2,26%
Durchschnittlich	Maximal ein neuer Dekubitusfall oder Anteil der Bewohner mit Dekubitusentstehung liegt zwischen der Hälfte des Gesamtdurchschnitts und dem 1,5-fachen des Gesamtdurchschnitts	größer	2,26%
		kleiner / gleich	6,77%
Unterdurchschnittlich	Der Anteil der Bewohner mit neuem Dekubitus liegt über dem 1,5-fachen des Gesamtdurchschnitts	größer	6,77%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:	4,52%	beträgt der Anteil aller Bewohner, mit einem hohen Dekubitusrisiko, die einen Dekubitus in einer Pflegeeinrichtung entwickelt haben.
	0,00%	beträgt das Minimum über alle Einrichtungen
	33,33%	beträgt das Maximum über alle Einrichtungen

Qualitätsindikator 8: Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen

Bewertung für Ihre Einrichtung:

Durchschnittlich

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist.
Zähler	Anzahl der Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen und bei denen es infolge eines Sturzes in der Einrichtung zu - einer Fraktur und/oder - einer behandlungsbedürftigen Wunde und/oder - andauernden Schmerzen und/oder - einem erhöhten Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen und/oder der Mobilität gekommen
Nenner	Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Beeinträchtigungen aufweisen (die Gesamtpunktzahl zum NBA-Modul 2 beträgt weniger als 5 Punkte).
Ausgeschlossene Bewohner	komplett (auch im Bett) immobile Bewohner

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:

53	Bewohner wurde/n in die Studie einbezogen	
1	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben	
35	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund erheblicher kognitiver Einbußen	
0	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund kompletter (auch im Bett) Immobilität	
17	Verbleibende/r Bewohner mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen	
1	Bewohner, mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen, haben/hat Stürze mit gravierenden Folgen erlitten	

Das Ergebnis für Ihre Einrichtung: 5,88% der Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, haben Stürze mit gravierenden Folgen erlitten.

Aus dem Gesamtdurchschnitt aller Einrichtungen ergeben sich die Richtwerte:

		Richtwerte	
Überdurchschnittlich	Der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts.	kleiner / gleich	2,65%
Durchschnittlich	Es sind maximal bei einem Bewohner gravierende Sturzfolgen aufgetreten oder der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt zwischen der Hälfte und dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts.	größer	2,65%
		kleiner / gleich	7,94%
Unterdurchschnittlich	Der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts.	größer	7,94%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:

5,29%	beträgt der Anteil aller Bewohner, mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen, die Stürze mit gravierenden Folgen erlitten haben.	
0,00%	beträgt das Minimum über alle Einrichtungen	
58,33%	beträgt das Maximum über alle Einrichtungen	

Qualitätsindikator 9: Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen

Bewertung für Ihre Einrichtung:

Durchschnittlich

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, bei denen es infolge eines Sturzes in der Einrichtung zu - einer Fraktur und/oder - einer behandlungsbedürftigen Wunde und/oder - andauernden Schmerzen und/oder - einem erhöhten Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen und/oder der Mobilität gekommen
Nenner	Bewohner, die mindestens erhebliche oder schwere kognitive Einbußen (NBA Modul 2) aufweisen (die Gesamtpunktzahl zum NBA-Modul 2 beträgt mehr als 4 Punkte).
Ausgeschlossene Bewohner	komplett (auch im Bett) immobile Bewohner

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:	30	Bewohner wurde/n in die Studie einbezogen
	1	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben
	5	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund keine/r oder nur geringe kognitive/r Einbußen
	6	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund kompletter (auch im Bett) Immobilität
	18	Verbleibende/r Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen
	2	Bewohner, mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, haben/hat Stürze mit gravierenden Folgen erlitten
Das Ergebnis für Ihre Einrichtung:	11,11%	der Bewohner, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen, haben Stürze mit gravierenden Folgen erlitten.

Aus dem Gesamtdurchschnitt aller Einrichtungen ergeben sich die Richtwerte:		Richtwerte	
Überdurchschnittlich	Der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts.	kleiner / gleich	6,60%
Durchschnittlich	Es sind maximal bei einem Bewohner gravierende Sturzfolgen aufgetreten oder der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt zwischen der Hälfte und dem 1,5fachen des Gesamt- durchschnitts.	größer	6,60%
		kleiner / gleich	19,80%
Unterdurchschnittlich	Der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts.	größer	19,80%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:	13,20%	beträgt der Anteil aller Bewohner, mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, die Stürze mit gravierenden Folgen erlitten haben.
	0,00%	beträgt das Minimum über alle Einrichtungen
	44,40%	beträgt das Maximum über alle Einrichtungen

Qualitätsindikator 10: Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die **keine oder nur geringe kognitive Einbußen** aufweisen

Bewertung für Ihre Einrichtung:

Unterdurchschnittlich

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, mit einer nicht intendierten Gewichtsabnahme von mehr als 10% ihres Körpergewichtes in den vergangenen sechs Monaten.
Zähler	Anzahl der Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, die in den vergangenen sechs Monaten unbeabsichtigt mehr als 10% ihres Körpergewichtes verloren haben.
Nenner	alle Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, bei denen medizinische Gründe (z. B. eine Krebserkrankung, Amputationen von Gliedmaßen oder eine medikamentöse Ausschwemmung) den Gewichtsverlust erklären.

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:	96	Bewohner wurde/n in die Studie einbezogen
	32	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben
	42	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund mindestens erheblicher kognitiver Einbußen
	0	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund medizinischer Gründe, die den Gewichtsverlust erklären
	22	Verbleibende/r Bewohner mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen
Das Ergebnis für Ihre Einrichtung:	2	Bewohner, mit keinen oder geringen kognitiven Einbußen, mit einem unbeabsichtigten Gewichtsverlust um mehr als 10% des Körpergewichtes innerhalb der letzten 6 Monate
	9,09%	der Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Einbußen, haben einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust mit mehr als 10% des Körpergewichtes innerhalb der letzten 6 Monate.

Aus dem Gesamtdurchschnitt aller Einrichtungen ergeben sich die Richtwerte:		Richtwerte	
Überdurchschnittlich	Der Anteil der Bewohner, mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen, mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts der Risikogruppe.	kleiner / gleich	2,45%
Durchschnittlich	Es ist maximal bei einem Bewohner, mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen, ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust aufgetreten oder der Anteil der Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust liegt zwischen der Hälfte und dem 1,5fachen des Gesamt- durchschnitts.	größer	2,45%
		kleiner / gleich	7,36%
Unterdurchschnittlich	Der Anteil der Bewohner, mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen, mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts.	größer	7,36%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:	4,91%	beträgt der Anteil aller Bewohner, mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen, die mehr als 10% ihres Körpergewichtes unbeabsichtigt verloren haben.
	0,00%	beträgt das Minimum über alle Einrichtungen
	22,22%	beträgt das Maximum über alle Einrichtungen

Qualitätsindikator 11: Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die mindestens **erhebliche kognitive Einbußen aufweisen**

Bewertung für Ihre Einrichtung:

#BEZUG!

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen, mit einer nicht intendierten Gewichtsabnahme von mehr als 10% ihres Körpergewichtes in den vergangenen sechs Monaten.
Zähler	Anzahl der Bewohner, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen, die in den vergangenen sechs Monaten unbeabsichtigt mehr als 10% ihres Körpergewichtes verloren haben.
Nenner	alle Bewohner, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, bei denen medizinische Gründe (z. B. eine Krebserkrankung, Amputationen von Gliedmaßen oder eine medikamentöse Ausschwemmung) den Gewichtsverlust erklären.

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:	99	Bewohner wurde/n in die Studie einbezogen
	32	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben
	28	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund keiner oder nur geringer kognitiver Einbußen
	0	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund medizinischer Gründe, die den Gewichtsverlust erklären
	39	Verbleibende/r Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen
	4	Bewohner, mit keinen oder geringen kognitiven Einbußen, mit einem unbeabsichtigten Gewichtsverlust um mehr als 10% des Körpergewichtes innerhalb der letzten 6 Monate
Das Ergebnis für Ihre Einrichtung:	10,26%	der Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Einbußen, haben einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust mit mehr als 10% des Körpergewichtes innerhalb der letzten 6 Monate.

Aus dem Gesamtdurchschnitt aller Einrichtungen ergeben sich die Richtwerte:		Richtwerte	
Überdurchschnittlich	Der Anteil der Bewohner, mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts der Risikogruppe.	kleiner / gleich	3,33%
Durchschnittlich	Es ist maximal bei einem Bewohner, mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust aufgetreten oder der Anteil der Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust liegt zwischen der Hälfte und dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts.	größer	3,33%
		kleiner / gleich	10,00%
Unterdurchschnittlich	Der Anteil der Bewohner, mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts.	größer	10,00%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:	6,67%	beträgt der Anteil aller Bewohner, mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, die mehr als 10% ihres Körpergewichtes unbeabsichtigt verloren haben.
	0,00%	beträgt das Minimum über alle Einrichtungen
	20,00%	beträgt das Maximum über alle Einrichtungen

Qualitätsindikator 12: Integrationsgespräch nach dem Heimeinzug

Bewertung für Ihre Einrichtung:

Unterdurchschnittlich

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, bei denen innerhalb von sechs Wochen nach dem Heimeinzug ein Integrationsgespräch durchgeführt und ausgewertet wurde. Ein Integrationsgespräch wird mit dem Bewohner und/oder ggf. dessen Angehörigen oder anderen Bezugspersonen geführt. Die Inhalte und Ergebnisse werden dokumentiert.
Zähler	Anzahl der Bewohner, die innerhalb der letzten sechs Monate in das Heim eingezogen sind und für die die Ergebnisse eines Integrationsgespräches innerhalb der ersten sechs Wochen nach dem Heimeinzug dokumentiert sind.
Nenner	Anzahl der Bewohner, die innerhalb der letzten sechs Monate in das Heim einzogen.
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die schon länger als sechs Monate in der Einrichtung leben.
Wingenfeld et al. (2011):	"Eine Bewertung soll erst dann vorgenommen werden, wenn mindestens vier Heimeinzüge stattgefunden haben und die Einrichtung die Bewertung „überdurchschnittlich“ daher auch dann erreichen kann, wenn in einem Einzelfall kein Integrationsgespräch durchgeführt wird." (S. 138)

Hinweis: Die Richtwerte zur Berechnung des Indikators wurden so angepasst (im Feld Richtwerte rot markiert), dass bei vier Heimeinzügen und einem fehlenden Integrationsgespräch die Bewertung „überdurchschnittlich“ erreicht werden kann.

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:	99	Bewohner wurde/n in die Studie einbezogen
	2	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben
	90	Ausgeschlossene/r Bewohner, da sie schon länger als 6 Monate in der Einrichtung leben
	7	Verbleibende/r Bewohner der/die innerhalb der letzten 6 Monate eingezogen sind/ist
	3	Bewohner haben/hat innerhalb von sechs Wochen nach dem Heimeinzug ein ausgewertetes Integrationsgespräch gehabt
Das Ergebnis für Ihre Einrichtung:	42,86%	beträgt der Anteil aller Bewohner, die innerhalb der letzten sechs Monate in das Heim eingezogen sind und innerhalb von sechs Wochen ein ausgewertetes Integrationsgespräch gehabt haben.

Die Richtwerte für den Indikator sind festgelegt

		Richtwerte	
Überdurchschnittlich	Der Anteil von mindestens vier neu eingezogenen Bewohnern, mit denen ein Integrationsgespräch geführt wurde, liegt bei mindestens 75%.	größer / gleich	75,00%
Durchschnittlich	Der Anteil neu eingezogener Bewohner, mit denen ein Integrationsgespräch geführt wurde, liegt über 50%, aber unter 75%.	kleiner	75,00%
		größer	50,00%
Unterdurchschnittlich	Der Anteil neu eingezogener Bewohner, mit denen ein Integrationsgespräch geführt wurde, liegt bei 50% oder darunter.	kleiner / gleich	50,00%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:	64,78%	aller Bewohner die innerhalb der letzten sechs Monate in ein Heim eingezogen sind, haben dokumentierte Ergebnisse eines Integrationsgespräches, welches innerhalb der ersten sechs Wochen geführt worden ist
	0,00%	beträgt das Minimum über alle Einrichtungen
	100,00%	beträgt das Maximum über alle Einrichtungen

Qualitätsindikator 13: Einsatz von Gurtfixierungen

Bewertung für Ihre Einrichtung:

Unterdurchschnittlich

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten, bei denen in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag Gurtfixierungen angewendet wurden. Die kognitiven Fähigkeiten und Verhaltensweisen werden mit Hilfe der Module „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ aus dem „Neuen Begutachtungsassessment“ eingeschätzt.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten, bei denen innerhalb der letzten vier Wochen vor dem Erhebungstag Gurtfixierungen angewendet wurden.
Nenner	Alle Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen oder Verhaltensauffälligkeiten.
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse Bewohner und Bewohner, die keine/geringe kognitive Beeinträchtigungen (NBA Modul 2) und auch keine Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (NBA Modul 3) aufweisen.

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:	43	Bewohner wurde/n in die Studie einbezogen
	0	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben
	16	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund von Koma oder Bewohner, die keine/geringe kognitive Beeinträchtigungen und auch keine Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen aufweisen.
	27	Verbleibende/r Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten
	4	Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten wurden in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag mit einem Gurt fixiert
Das Ergebnis für Ihre Einrichtung:	14,81%	beträgt der Anteil aller Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen oder Verhaltensauffälligkeiten, die mit einem Gurt fixiert wurden.

Aus dem Gesamtdurchschnitt aller Einrichtungen ergeben sich die Richtwerte:		Richtwerte	
Überdurchschnittlich	Gurtfixierungen wurden bei maximal einem Bewohner oder der Hälfte des Gesamtdurchschnitts der Bewohner angewendet.	kleiner / gleich	1,43%
Durchschnittlich	Gurtfixierungen wurden bei mehr als einem Bewohner angewendet und der Anteil der Bewohner mit Gurtfixierungen liegt über der Hälfte des Gesamtdurchschnitts und unter dem 1,5fachen Gesamtdurchschnitt.	größer	1,43%
		kleiner	4,28%
Unterdurchschnittlich	Gurtfixierungen wurden bei mehr als einem Bewohner angewendet und der Anteil der Bewohner mit Gurtfixierungen liegt bei dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts.	größer / gleich	4,28%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:	2,85%	aller Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten wurden in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag mit einem Gurt fixiert
	0,00%	beträgt das Minimum über alle Einrichtungen
	88,89%	beträgt das Maximum über alle Einrichtungen

Qualitätsindikator 14: Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen

Ihre Bewertung:

Überdurchschnittlich

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen, bei denen eine aktuelle, ausreichend differenzierte Einschätzung der Verhaltensweisen vorliegt. Als ausreichend differenziert wird die Einschätzung mit einem Instrument angesehen, das eine Erfassung der Auftretenshäufigkeit und eine Bewertung der Relevanz für die individuelle Unterstützung verlangt.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen, bei denen Verhaltensauffälligkeiten mit Hilfe der o. g. Instrumente eingeschätzt wurden.
Nenner	Anzahl der Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen (Bewohner, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (NBA Modul 2) aufweisen).
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse Bewohner

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:

106	Bewohner wurde/n in die Studie einbezogen	
0	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben	
38	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund von Koma oder keinen /geringen kognitiven Beeinträchtigungen	
68	Verbleibende/r Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen	
67	Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen, bei denen Verhaltensauffälligkeiten mit Hilfe der o. g. Instrumente eingeschätzt wurde	

Das Ergebnis für Ihre Einrichtung: 98,53% beträgt der Anteil aller Bewohner mit kognitiven Einbußen, die eine aktuelle, ausreichend differenzierte Einschätzung ihrer Verhaltensweisen haben.

Die Richtwerte für den Indikator sind festgelegt		Richtwerte	
Überdurchschnittlich	Der Anteil der Bewohner, bei denen eine differenzierte Einschätzung von Verhaltensweisen durchgeführt wurde, liegt über 75%.	größer	75,00%
Durchschnittlich	Der Anteil der Bewohner, bei denen eine differenzierte Einschätzung von Verhaltensweisen durchgeführt wurde, liegt über 50%, aber maximal bei 75%.	kleiner / gleich	75,00%
		größer	50,00%
Unterdurchschnittlich	Der Anteil der Bewohner, bei denen eine differenzierte Einschätzung von Verhaltensweisen durchgeführt wurde, liegt bei 50% oder darunter.	kleiner / gleich	50,00%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:

11,90%	aller Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen wurden mit Hilfe eines Instrumentes bezüglich ihrer Verhaltensauffälligkeiten eingeschätzt.	
0,00%	beträgt das Minimum über alle Einrichtungen	
100,00%	beträgt das Maximum über alle Einrichtungen	

Qualitätsindikator 15: Schmerzmanagement

Ihre Bewertung:

Durchschnittlich

Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik, für die eine instrumentengestützte Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik, für die eine instrumentengestützte Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist.
Nenner	Alle Bewohner mit einer Schmerzproblematik
Ausgeschlossene Bewohner	keine

Berechnungsgrundlagen Ihrer Einrichtung:	37	Bewohner wurde/n in die Studie einbezogen
	0	Ausgeschlossene/r Bewohner aufgrund fehlender Angaben
	20	Ausgeschlossene/r Bewohner, da keine Schmerzproblematik besteht
	17	Verbleibende/r Bewohner mit bestehender
	14	Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik, für die/den eine instrumentengestützte Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist
Das Ergebnis für Ihre Einrichtung:	82,35%	der Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik, haben/hat eine instrumentengestützte Schmerzeinschätzung, die nicht älter als 3 Monate ist.

Die Richtwerte für den Indikator sind festgelegt

		Richtwerte	
Überdurchschnittlich	Es liegt bei mehr als 90% der Bewohner mit Schmerzproblematik eine Schmerzeinschätzung vor, die nicht älter als 3 Monate ist.	größer	90,00%
Durchschnittlich	Es liegt bei 70% bis 90% der Bewohner mit Schmerzproblematik eine Schmerzeinschätzung vor, die nicht älter als 3 Monate ist.	kleiner / gleich	90,00%
		größer / gleich	70,00%
Unterdurchschnittlich	Es liegt bei weniger als 70% der Bewohner mit Schmerzproblematik eine aktuelle Schmerzeinschätzung vor, die nicht älter als 3 Monate ist.	kleiner	70,00%

Ergebnisse über alle Einrichtungen hinweg:	72,20%	beträgt der Anteil aller Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik, die eine instrumentengestützte Schmerzeinschätzung haben, die nicht älter als 3 Monate ist.
	0,00%	beträgt das Minimum über alle Einrichtungen
	100,00%	beträgt das Maximum über alle Einrichtungen

12 Datenblatt Plausibilitätsprüfung

Formular zur Plausibilitätsprüfung im Rahmen der MoPIP - Studie

Datum der Plausibilitätsprüfung	
Bewohner-ID:	307029
Begründung der Bewohnerauswahl:	
Uhrzeit zu Beginn der Plausibilitätsprüfung	
Uhrzeit beim Ende der Plausibilitätsprüfung	
Startdatum der Datenerhebung in der Einrichtung	18.08.16
Enddatum der Datenerhebung in der Einrichtung	18.08.16
Mitarbeiter-ID	307904
Bearbeitung abgeschlossen?	1 ja = 1, nein = 2
Projektphase	4 T0_A = 1, T0_B = 2, T1 = 3, T2_A = 4, T2_B = 5, T3 = 6

Bewertungsschema für die Plausibilität:

- Ist das Item plausibel?**
 1 = ja, die Angabe ist nachvollziehbar
 2 = nein, die Angabe ist nicht nachvollziehbar
 3 = kann nicht beurteilt werden

- Original-Items nach Wingenfeld und Engels 2011
- Einflussfaktoren
- Ergänzte Items

1. Allgemeine Angaben zum Bewohner	Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
1.1 Datum des Heimeinzugs	10.12.14			
1.2 Liegt ein richtiger Beschluss zu freiheitsentziehenden Maßnahmen vor?	2	ja = 1, nein = 2		
1.3 Ist es bei dem Bewohner in den vergangenen 6 Monaten zu einem Krankheitsereignis gekommen, das zu einem anhaltenden Verlust an Selbstständigkeit oder zu körperlichen Einschränkungen geführt hat? Wenn ja, bitte die Erkrankung und deren Zeitpunkt angeben:	2	ja = 1, nein = 2		
1.3.1 Apoplex				
1.3.2 Apoplex Datum				
1.3.3 Fraktur				
1.3.4 Fraktur Datum				
1.3.5 Herzinfarkt				
1.3.6 Herzinfarkt Datum				
1.3.7 Sonstige Erkrankung 1				
1.3.8 Sonstige Erkrankung 1 Datum				
1.3.9 Sonstige Erkrankung 2				
1.3.10 Sonstige Erkrankung 2 Datum				
1.3.11 Sonstige Erkrankung 3				
1.3.12 Sonstige Erkrankung 3 Datum				
1.3.13 Sonstige Erkrankung 4				
1.3.14 Sonstige Erkrankung 4 Datum				
1.3.15 Sonstige Erkrankung 5				
1.3.16 Sonstige Erkrankung 5 Datum				
1.4 Bestehen bei dem Bewohner außergewöhnliche Erkrankungen oder Belastungen, die zu einem speziellen Unterstützungsbedarf führen (z.B. MS, Wachkoma, Beatmungspflicht)?	2	ja = 1, nein = 2		
1.4.1 Um welche Erkrankung oder Belastung handelt es sich?				
1.5 Ist dokumentiert, dass der Bewohner oder andere autorisierte Personen die Durchführung fachlich gebotener Prophylaxemaßnahmen ablehnen?	2	ja = 1, nein = 2		
1.5.1 Bewohner				
1.5.2 Bewohner: Um welche Maßnahmen handelt es sich?				
1.5.3 Angehörige/Betreuer				
1.5.4 Angehörige/Betreuer: Um welche Maßnahmen handelt es sich?				
1.6 Bewusstseinszustand:	1	wach = 1, schläfrig = 2, somnolent = 3, komatös = 4		
1.7 Geburtsdatum (wird als Alter exportiert)	75			
1.8 Geschlecht	1	weiblich = 1 männlich = 2		
1.8.1 Anzahl der Geburten	1			
1.9 Pflegestufe		PS0 = 0 PS 1 = 1 PS 2 = 2 PS 3 = 3 Härtefall = 4		
1.10 Anzahl der Krankenhaustage in den letzten 6 Monaten (auch Notaufnahme, Rehaklinik u.a. stationäre Aufenthalte)				
1.11 Anzahl der verschiedenen Medikamente (verordnet, ohne Bedarfsmedikation)	6			
1.12 Anzahl der verschiedenen Bedarfsmedikationen (verordnet)	5			
1.13 Hat der Bewohner eine oder mehrere Kontrakturen?	2	ja = 1, nein = 2		
1.14 War der Bewohner in den letzten 6 Monaten beatmungspflichtig?	2	ja = 1, nein = 2		
1.14.1 Wie viele Beatmungsstunden hat es durchschnittlich im/pro Monat gegeben?		1-8h = 1 9-24 h = 2 25-72 h = 3 73-240 h = 4 > 240 h = 5		
1.15.1 Für den Bewohner sind folgende ärztliche Diagnosen in der Pflegedokumentation hinterlegt: Herz- und Kreislauf-Erkrankungen	1	ja = 1, nein = 2		
1.15.2 Ischämische Herzkrankheiten/Akuter Myokardinfarkt	2			
1.15.3 Zerebrovaskuläre Krankheiten/Schlaganfall	2			
1.15.4 Periphere arterielle Verschlusskrankheiten/Krankheiten der Arterien	1			
1.15.5 Herzinsuffizienz	2			
1.15.6 Hypotonie	2	ja = 1, nein = 2		
1.15.7 Vorhofflimmern (absolute Arrhythmie)	2			
1.15.8 Arteriosklerose	2			
1.15.9 Bösartige Neubildungen des Magens/Magenkrebs	2			
1.15.10 Leukämie	2			
1.15.11 Prostata-Karzinom	2			
1.15.12 Blasenkrebs	2			
1.15.13 Bauchspeicheldrüsenkrebs	2			
1.15.14 Frakturen	1			
1.15.15 Arthrose	2			
1.15.16 Osteoporose	1			
1.15.17 Rheumatische Krankheiten	2			
1.15.18 Demenz	1			
1.15.19 Schizophrene Psychosen	2			
1.15.20 Depressionen	2			
1.15.21 Angststörungen	2			
1.15.22 Tinnitus	2			
1.15.23 Multiple Sklerose	2			
1.15.24 Parkinson	2			
1.15.25 Neuropathie(n)	1			
1.15.26 Asthma	2			
1.15.27 Pneumonie	2			
1.15.28 COPD	2			
1.15.29 Chronischer Husten	2			
1.15.30 Diabetes mellitus	2			
1.15.31 Schilddrüsenkrankungen	2			
1.15.32 Karies/Zahngesundheit	2			

1.15.33	Verdauungs- und Magen-Darmerkrankungen	2			
1.15.34	Chronische Niereninsuffizienz	2			
1.15.35	Harnwegsinfektionen	2			
1.15.36	Funktionsstörungen (Prostata)	2			
1.15.37	Harninkontinenz	2			
1.15.38	Stuhlinkontinenz	2			
1.15.39	AIDS	2			
1.15.40	Dekubitus	2			
1.15.41	Pergamenthaut bei Kortison-, Zytostatika- oder Strahlenbehandlung	2			
1.15.42	Alkoholabhängigkeit	1			
1.15.43	Drogenprobleme	2			
1.15.44	Sind bei dem Bewohner Verletzungen oder Vergiftungen bekannt?	2			
1.15.45	Bitte angeben:				
1.15.46	Ödeme	1			
1.15.47	Erkrankungen mit Veränderung des normalen Bewegungsmusters	1			
1.15.48	Sehstörungen	2			
1.15.49	Gehörerkrankungen	2			
1.15.50	Hörstörungen	2			
1.15.51	Obstipation	2			
1.15.52	Dysphagie (Schluckstörung)	2			
1.15.53	Beeinträchtigte Zungenfunktion	2			
1.15.54	Amputation	2			
1.15.55	Verbrennungen	2			
1.15.56	Mehrfachverletzungen	2			
1.15.57	Gynäkologische chirurgische Eingriffe	2			
1.15.58	Chirurgischen Eingriffen am Becken	2			
1.15.59	Rektumresektion	2			
1.16	Liegt der Nachweis einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz gemäß §45a SGB XI vor?	2			

2. Mobilität	Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
2.1	Positionwechsel im Bett	0		
2.2	Stabile Sitzposition halten	0		
2.3	Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen	0		
2.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	1		
2.5	Treppensteigen	1		
2.6	EBMo (Erfassungsbogen Mobilität - modifiziert)	0	selbständig = 0 mit Hilfsmittel = 1 mit Personenhilfe = 2 komplett unselbständig = 3	
2.7	POSITIONSWECHSEL IM BETT - Dreht sich im Bett von einer Seite zur anderen	0		
2.8	TRANSFER - Begibt sich von der Rückenlage im Bett in die Sitzposition	0		
2.9	TRANSFER - Verlagert in der sitzenden Position das Gleichgewicht zum Stehen	1		
2.10	TRANSFER - Richtet den Oberkörper auf	0		
2.11	SITZEN IM STUHL - Sitzt frei (Rumpfkontrolle)	0		
2.12	STEHEN - Hält beim Stehen das Gleichgewicht	1		
2.13	GEHEN - Hält beim Gehen das Gleichgewicht	1		
2.14	TREPPEN STEIGEN - Steigt Treppen	2		
2.15	BEWEGUNG - Bewegt sich innerhalb der Einrichtung	1		
2.16	BEWEGUNG - Bewegt sich außerhalb der Einrichtung	1		
2.17	Es ist dokumentiert, dass der Bewohner Angst davor hat zu stürzen.	0	nein/nie = 0 max. 1x wöchentlich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 täglich = 3	
2.18	Es ist dokumentiert, dass der Bewohner unter "Schwindel" leidet	0		

3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
3.1	Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	0		
3.2	Örtliche Orientierung	0		
3.3	Zeitliche Orientierung	0		
3.4	Gedächtnis	1		
3.5	Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen	0		
3.6	Entscheidungen im Alltagsleben treffen	1		
3.7	Sachverhalte und Informationen verstehen	0		
3.8	Risiken und Gefahren erkennen	1		
3.9	Mitteilung elementarer Bedürfnisse	0		
3.10	Verstehen von Aufforderungen	0		
3.11	Beteiligung an einem Gespräch	0		
	Summe der ausgewählten Optionswerte von Assessment 3	3	0 bis 33	

4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
4.1	Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	0		
4.2	Ruhen und Schlafen	0		
4.3	Sich beschäftigen	0		
4.4	In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	1		
4.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0		
4.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	3		

5. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
5.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0		
5.2	Nächtliche Unruhe	0		
5.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0		
5.4	Beschädigung von Gegenständen	0		
5.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0		
5.6	Verbale Aggression	0		
5.7	Andere vokale Auffälligkeiten	0		
5.8	Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	2		
5.9	Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	0		
5.10	Ängste	0		
5.11	Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	0		
5.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0		
5.13	Sonstige inadäquate Handlungen	0		

6. Selbstversorgung		Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
6.1	Vordere Oberkörper waschen	0	selbständig = 0 überwiegend selbständig = 1 überwiegend unselbständig = 2 unselbständig = 3		
6.2	Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	0			
6.3	Intimbereich waschen	0			
6.4	Duschen oder Baden	1			
6.5	Oberkörper an- und auskleiden	0			
6.6	Unterkörper an- und auskleiden	0			
6.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk ein gießen	0			
6.8	Essen	0			
6.9	Trinken	0			
6.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen	0			
6.11	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen(auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	4			
6.12	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen(auch Umgang mit Stoma)	4			

Sondenernährung		Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
s1 (6.13.1)	Erhält die Person Sondenernährung?	2	ja = 1, nein = 2		
s1.1 (6.13.2)	Die Person erhält: zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondenernährung, aber nur gelegentlich (nicht täglich) = 1, 1 bis 3 x täglich Sondenernährung und täglich oral Nahrung = 2, mindestens 4 x täglich Sondenernährung und täglich oral Nahrung (geringe Mengen) = 3, ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondenernährung = 4				
s1.2 (6.13.3)	Pumpe		ja = 1, nein = 2		
s1.3 (6.13.4)	Schwerkraft				
s1.4 (6.13.5)	Bolusgabe				
s1.5 (6.13.6)	Selbständigkeit:		Bedienung selbständig = 1, Bedienung mit Fremdhilfe = 2		

Parenterale Ernährung		Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
s2 (6.14.1)	Erhält die Person parentale Ernährung?	2	ja = 1, nein = 2		
s2.1 (6.14.2)	Art der parentalen Ernährung:	0	komplett = 1, teilweise = 2		
s2.2 (6.14.3)	Selbständigkeit:	0	Bedienung selbständig = 1, Bedienung mit Fremdhilfe = 2		

Blasenkontrolle/Harnkontinenz:		Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
s3 (6.15)	Blasenkontrolle/Harnkontinenz:	1	überwiegend kontinent. Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz = 1, überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent = 2, komplett inkontinent = 3, ständig kontinent = 4, Bewohner hat einen Dauerkatheter oder ein Urostoma = 5		
s4 (6.16)	Darmkontrolle/Stuhlinkontinenz:	1	überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent = 1, überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung = 2, komplett inkontinent = 3, ständig kontinent = 4, Bewohner hat ein Colo- oder Ileostoma = 5		
s5 (6.17)	Künstliche Harnableitung:	0	entfällt (keine künstliche Harnableitung) = 0, suprapubischer Dauerkatheter = 1, transurethraler Dauerkatheter Nahrung (geringe Mengen) = 2, Urostoma = 3		
s6 (6.18)	Colo-/Ileostoma:	0	entfällt (nicht vorhanden) = 0, ja = 1		

7. Dekubitus		Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
7.1	Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate einen oder mehrere Dekubitus?	2	ja = 1, nein = 2		
7.1.1	1. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):				
7.1.2	Zeitraum angeben: bis Heute:		ja = 1, nein = 2		
7.1.3	Zeitraum angeben: bis (Datum)				
7.1.4	Schweregrad des Dekubitus:		Grad 1 = 1, Grad 2 = 2, Grad 3 = 3, Grad 4 = 4, unbekannt = 5		
7.1.5	Wo ist der Dekubitus entstanden?		in der Pflegeeinrichtung = 1, im Krankenhaus = 2, zuhause (vor dem Heimeinzug) = 3, woanders = 4		
7.1.6	Ort:				
7.1.7	2. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):				
7.1.8	Zeitraum angeben: bis Heute:		ja = 1, nein = 2		
7.1.9	Zeitraum angeben: bis (Datum)				
7.1.10	Schweregrad des Dekubitus:		Grad 1 = 1, Grad 2 = 2, Grad 3 = 3, Grad 4 = 4, unbekannt = 5		
7.1.11	Wo ist der Dekubitus entstanden?		in der Pflegeeinrichtung = 1, im Krankenhaus = 2, zuhause (vor dem Heimeinzug) = 3, woanders = 4		
7.1.12	Ort:				
7.1.13	3. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):				
7.1.14	Zeitraum angeben: bis Heute:		ja = 1, nein = 2		
7.1.15	Zeitraum angeben: bis (Datum)				
7.1.16	Schweregrad des Dekubitus:		Grad 1 = 1, Grad 2 = 2, Grad 3 = 3, Grad 4 = 4, unbekannt = 5		
7.1.17	Wo ist der Dekubitus entstanden?		in der Pflegeeinrichtung = 1, im Krankenhaus = 2, zuhause (vor dem Heimeinzug) = 3, woanders = 4		
7.1.18	Ort:				
7.1.19	4. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):				
7.1.20	Zeitraum angeben: bis Heute:		ja = 1, nein = 2		
7.1.21	Zeitraum angeben: bis (Datum)				
7.1.22	Schweregrad des Dekubitus:		Grad 1 = 1, Grad 2 = 2, Grad 3 = 3, Grad 4 = 4, unbekannt = 5		
7.1.23	Wo ist der Dekubitus entstanden?		in der Pflegeeinrichtung = 1, im Krankenhaus = 2, zuhause (vor dem Heimeinzug) = 3, woanders = 4		
7.1.24	Ort:				
7.1.25	5. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):				

7.1.26	Zeitraum angeben:bis Heute:		ja = 1, nein = 2		
7.1.27	Zeitraum angeben:bis (Datum):				
7.1.28	Schweregrad des Dekubitus:		Grad 1 = 1, Grad 2 = 2, Grad 3 = 3 Grad 4 = 4, unbekannt = 5		
7.1.29	Wo ist der Dekubitus entstanden?		in der Pflegeeinrichtung = 1 im Krankenhaus = 2 zu Hause (vor dem Heimeinzug) = 3 woanders = 4		
7.1.30	Ort:				
7.2	Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate eine Nasensonde/Nasentubus liegen?	2	ja = 1, nein = 2		
7.2.1	Zeitraum angeben: von (Datum):				
7.2.2	Zeitraum angeben: bis Heute:				
7.2.3	Zeitraum angeben: bis (Datum):				
7.3	Liegt eine Bettlägerigkeit vor? Keine Bettlägerigkeit = 1 Leichte Bettlägerigkeit (Der Bewohner kann mit/ohne Begleitung ungefähr 4 bis 5 Stunden außerhalb des Bettes sein, etwa in einem Rollstuhl oder in einem Sessel sitzend.) = 2 Mittelschwere Bettlägerigkeit (Der Bewohner kann für wenige Handlungen kurze Zeit das Bett verlassen, etwa um auszuscheiden, zur Körperpflege oder zum Essen.) = 3 Schwere Bettlägerigkeit (In einer schweren Form der Bettlägerigkeit steht der Mensch überhaupt nicht mehr auf – verbringt also 24/h Tag im Bett.) = 4	1	siehe links		

8. Körpergröße und Gewicht			Angabe	Plausibel?	Hinweise
8.1	Liegt eine Angabe der Körpergröße vor?	1	ja = 1, nein = 2		
8.1.2	Grund auswählen: 1 = Es liegt noch keine Messung vor (z.B. bei Neueinzug) 2 = Das Messen der Körpergröße wurde/wird vom Bewohner oder Betreuer abgelehnt		siehe links		
8.1.1	Körpergröße: (cm)	155			
8.2	Liegt eine Gewichtsangabe vor?	1	ja = 1, nein = 2		
8.2.1	Aktuelles Körpergewicht: (kg)	66.2			
8.2.2	erfasst am (Datum):	02.08.16			
8.2.3	Grund auswählen: 1 = Es liegt noch keine Messung vor (z.B. bei Neueinzug) 2 = Das Wiegen wurde/wird vom Bewohner oder Betreuer abgelehnt		siehe links		
8.3	Gab es medizinische Gründe, die eine starke Gewichtsabnahme in den vergangenen 6 Monaten erklären?	2	ja = 1, nein = 2		
8.3.1	bedingt durch eine fortschreitende Krebserkrankung				
8.3.2	bedingt durch medikamentöse Ausschwemmungen				
8.3.3	bedingt durch eine Amputation				
8.3.4	weitere Gründe				
8.3.5	, bitte angeben				
8.4	Hat der Bewohner in den letzten 6 Monaten eine nicht-medizinische Diät zur Gewichtsreduktion durchgeführt?	2	ja = 1, nein = 2		
8.5	Sind beim Bewohner Schluckstörungen bekannt und dokumentiert?	2			

9. Sturzfolgen			Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
9.1	Ist der Bewohner in den vergangenen 6 Monaten gestürzt?	3	ja, einmal = 1 ja, mehrmals = 2 nein = 3			
9.1.1	Frakturen	0	ja = 1, nein = 2			
9.1.2	behandlungsbedürftige Wunden	0				
9.1.3	andauernde Schmerzen (länger als 48 Stunden)	0				
9.1.4	erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen	0				
9.1.5	erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität	0				
9.1.6	keine der genannten Folgen ist eingetreten	0				
9.2	Anzahl der dokumentierten Stürze innerhalb der letzten 6 Monate	0				
9.3	Liegen Lauff Tendenzen vor? (Erhöhter Mobilitätsdrang)	1	nein = 0 zeitweise = 1 ja, aber das ist unproblematisch = 2 ja, mit Eigen- und Fremdgefährdungspotenzial = 3			
9.4.1	... Einschränkungen der Sehfähigkeit, trotz Einsatz von Sehhilfen?	0	täglich = 0 mehrmals wöchentlich = 1 1x wöchentlich = 2 seltener als 1x wöchentlich = 3			
9.4.2	... Ängsten vor Stürzen?	0				

10. Fixierungen / FEM			Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
10.1	Wurden bei dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen Gurtfixierungen angewendet?	2	ja = 1, nein = 2			
10.1.1	Handfixierung					
10.1.2	Fußfixierung					
10.1.3	Hüftfixierung im Bett					
10.1.4	Hüftfixierung im Stuhl oder Rollstuhl					
10.1.5	Wie oft wurden die Gurtfixierungen angewendet?		täglich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 1x wöchentlich = 3 seltener als 1x wöchentlich = 4			
10.2	Wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen mechanisch fixiert? (Beispiele: Verwendung von Bettgitter, Sitzhosen; Anlegen von Hand-, Fuß- oder Körperfesseln; Anlegen von Sitz-, Leib- oder Bauchgurten im Bett oder (Roll)-Stuhl; Anlegen von Schutzdecken, Betttüchern oder Schlafsäcken; Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll)-Stuhl, Festigung von Therapie-/Stecktischen am (Roll)-Stuhl u.a.m.)	2	ja = 1, nein = 2			
10.2.1	Wie oft wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen mechanisch fixiert?		täglich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 1x wöchentlich = 3 seltener als 1x wöchentlich = 4			
10.2.2	Hat der Bewohner der Maßnahme nach einer für ihn verständlichen Aufklärung persönlich zugestimmt?		ja = 1 nein = 2 nein, Bewohner ist nicht zustimmungsfähig = 3			
10.2.3	Gab es für diese Maßnahme eine richterliche Genehmigung?		ja = 1 nein = 2 nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt = 3			

10.3	Wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen (tagsüber und/oder in der Nacht) daran gehindert sein Zimmer, den Wohnbereich oder die Einrichtung zu verlassen? (Beispiele: Schwergängige Türen, Abschließen der Zimmertür, Täuschung über vorhandene Verriegelungen an Türen; Verwendung komplizierter Schließ- bzw. Öffnungsmechanismen wie Trick- oder Zahlenschlösser; zeitweises Absperren der Eingangstür tagsüber oder nachts, ohne dass der Bewohner einen Schlüssel erhält oder das Öffnen der Tür anderweitig sichergestellt ist; gesicherte Aufzüge; Arretieren des Rollstuhles; Zurückhalten am Hauseingang durch das Personal u.a.m.)	2	ja = 1, nein = 2		
10.3.1	Wie oft wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen (tagsüber und/oder in der Nacht) daran gehindert sein Zimmer, den Wohnbereich oder die Einrichtung zu verlassen?		täglich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 1x wöchentlich = 3 seltener als 1x wöchentlich = 4		
10.3.2	Hat der Bewohner der Maßnahme nach einer für ihn verständlichen Aufklärung persönlich zugestimmt?		ja = 1 nein = 2 nein, Bewohner ist nicht zustimmungsfähig = 3		
10.3.3	Gab es für diese Maßnahme eine richterliche Genehmigung?		ja = 1 nein = 2 nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt = 3 nein, die Fixierung unterstützt die Mobilisierung = 4		
10.4	Wurden dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen sedierende Medikamente verabreicht? (Beispiele: Schlafmittel, Neuroleptika, andere Psychopharmaka)	2	ja = 1, nein = 2		
10.4.1	Wie oft wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen medikamentös sediert?		täglich = 1 mehrmals wöchentlich = 2 1x wöchentlich = 3 seltener als 1x wöchentlich = 4		
10.4.2	Hat der Bewohner der Maßnahme nach einer für ihn verständlichen Aufklärung persönlich zugestimmt?		ja = 1 nein = 2 nein, Bewohner ist nicht zustimmungsfähig = 3		
10.4.3	Gab es für diese Maßnahme eine richterliche Genehmigung?		ja = 1 nein = 2 nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt = 3 nein, es gibt einen medizinischen Grund = 4		
10.4.4	Bitte angeben:		bleibt leer		
10.5	Besteht oder bestand in den vergangenen 4 Wochen... ... die Gefahr, dass sich die betreute Person selbst ERHEBLICHEN gesundheitlichen Schaden zufügt?	3	0 = täglich 1 = wöchentlich 2 = monatlich und seltener 3 = nie		
10.6	... die Gefahr, dass sich die betreute Person selbst tötet?	3			
10.7	... die Notwendigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme?	3			
10.8	... die Gefahr, dass sich die betreute Person hinsichtlich ihrer körperlichen Fähigkeiten deutlich überschätzt?	3			

11. Schmerz	Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
11.1	Liegen bei dem Bewohner Anzeichen für wiederholt auftretende Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners, Hinweise in der Pflegedokumentation, Einnahme von Analgetika oder Verhaltensweisen demenzkranker Bewohner, die auf Schmerzen hindeuten könnten)?	1	ja = 1, nein = 2	
11.1.1	Ist im Rahmen des Schmerzmanagements sichergestellt, dass für den Bewohner eine stabile Schmerzsituation entsprechend seiner individuellen Bedarfe gewährleistet ist?	1	ja = 1 nein = 2 nicht relevant = 3	
11.2	Liegt für den Bewohner eine Schmerzeinschätzung vor?	1	ja = 1, nein = 2	
11.2.1	Wie wurde die Einschätzung durchgeführt?	1	ohne Nutzung eines Instrumentes = 1 mit Hilfe eines Einschätzungsinstrumentes = 2	
11.2.2	Welches Instrument wurde eingesetzt?		NRS (Numerische Rangskala) = 1 BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz) = 2 Assessment ohne Scorewert = 3 ein anderes = 4	
11.2.3	"ein anderes" (bitte eintragen):			
11.2.4	Gab es bei der zuletzt vorgenommenen Schmerzeinschätzung Veränderungen gegenüber der davor durchgeführten Einschätzung?	1	ja = 1 nein = 2 es wurde bislang nur eine Einschätzung vorgenommen = 3	
11.2.5	Wann wurde die LETZTE Schmerzeinschätzung durchgeführt?	42586		
11.2.6	Welcher Wert wurde für die LETZTE Schmerzeinschätzung dokumentiert?			
11.2.7	Wann wurde die VORLETZTE Schmerzeinschätzung durchgeführt?	42584		
11.2.8	Welcher Wert wurde für die VORLETZTE Schmerzeinschätzung dokumentiert?			
11.2.9	Wurde der behandelnde Arzt über die aktuelle Schmerzeinschätzung informiert?	2	ja = 1, nein = 2	
11.2.10	Wann erfolgte die Information?			
11.3	Ist der Bewohner in der Lage, den Umfang seiner Schmerzen selber adäquat einzuschätzen?	1	ja = 1, nein = 2	

12. Heimeinzug	Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
12.1	Ist der Bewohner innerhalb der letzten 6 Monate neu in die Einrichtung eingezogen?	2	ja = 1, nein = 2	
12.1.1	Ist nach Ablauf der 2. Woche und vor Ende der 6. Woche nach dem Heimeinzug mit dem Bewohner und/oder anderen Personen ein Gespräch über sein Einleben und die zukünftige Versorgung geführt worden?*			
12.1.2	Wann wurde das Gespräch geführt?			
12.1.3	Wer hat an dem Gespräch teilgenommen: Bewohner			
12.1.4	Angehörige			
12.1.5	Betreuer			
12.1.6	andere Personen			
12.1.7	Person:			
12.1.8	Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert? *WICHTIG: Wählen Sie bitte nur dann „ja“ aus, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z.B. Wünsche des Bewohners oder Absprachen über das Beibehalten oder die Veränderung der Versorgung, schriftlich festgehalten wurden!		ja = 1, nein = 2	

13. Einschätzung von Verhaltensweisen	Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
	Hat der Bewohner bei der Bewertung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten eine Gesamtpunktzahl von 0 bis 5 Punkten erreicht?	(siehe nächstes Feld)		
	Summe der ausgewählten Optionswerte von Assessment 3	3		

13.1.1	Wurde für den Bewohner eine Einschätzung von Verhaltensweisen mit Hilfe eines Instrumentes (Liste vorgegebener Verhaltensweisen) durchgeführt und dokumentiert?*		ja = 1, nein = 2		
13.1.2	Wann wurde das Instrument zuletzt eingesetzt?				
13.1.3	Welche der folgenden Verhaltensweisen berücksichtigt das verwendete Instrument? motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten				
13.1.4	physisch aggressives Verhalten gegen Personen				
13.1.5	verbal aggressives Verhalten				
13.1.6	selbstverletzendes/selbstgefährdendes Verhalten				
13.1.7	Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen				
13.1.8	Angustzustände				
13.1.9	keine der genannten Verhaltensweisen ist berücksichtigt				
13.1.10	Welche Einschätzungen sieht das Instrument zu den einzelnen Verhaltensweisen vor? Informationen darüber, ob das Verhalten vorliegt oder nicht				
13.1.11	Häufigkeit des Verhaltens				
13.1.12	Einschätzung dazu, ob aus dem Verhalten Unterstützungsbedarf resultiert oder nicht				
13.1.13	keine der genannten Einschätzungen sind vorgesehen				

14. Blaseninkontinenz		Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
14.1	Bitte tragen Sie das aktuelle Kontinenzprofil des Bewohners ein: 1 = Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harnverlust; Keine personelle Hilfe; Keine Hilfsmittel) 2 = Unabhängig erreichte Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harnverlust; Keine personelle Unterstützung; Selbstständige Durchführung von Maßnahmen) 3 = Abhängig erreichte Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harnverlust; Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen) 4 = Unabhängig kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harnverlust; Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Kontinenzhilfsmitteln) 5 = Abhängig kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harnverlust; Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig) 6 = Nicht kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harnverlust; Keine Inanspruchnahme von personeller Unterstützung und Versorgungsmaßnahmen z.B. bei Neuaufnahme, generelle Ablehnung von Maßnahmen)	2	siehe links		

15. Mundgesundheit		Angabe	Erläuterung	Plausibel?	Hinweise
15.1	Wurde innerhalb der letzten sechs Monate eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung beim Bewohner durchgeführt?	2	ja, am = 1 nein = 2		
15.1.1	am (Datum)	0			
15.2	Oral Health Impact Profile (OHIP-G5) Der Bewohner hatte aufgrund von Problemen mit den Zähnen, im Mundbereich oder mit dem Zahnersatz in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrungsmitteln.	0	0 = nie 1 = kaum 2 = ab und zu 3 = oft 4 = sehr oft		
15.3	... den Eindruck, sein Essen war geschmacklich weniger gut.	0			
15.4	... schwer gefallen, seinen alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen.	0			
15.5	... Schmerzen im Gesichtsbereich.	0			
15.6	... wegen des Aussehens seiner Zähne oder seines Zahnersatzes unwohl oder unbehaglich gefühlt.	0			

Bitte tragen Sie hier weitere Anregungen / Hinweise ein:

13 Interviewleitfaden Fokusgruppen

Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)

– Interviewleitfaden Denkprotokolle –

Dieser Leitfaden ist Teil der Datenerhebung im o.g. Forschungsprojekt, nicht zur Weitergabe an Dritte vorgesehen und vertraulich zu behandeln.

Das Studienteam der Universität Bremen ist persönlich kontaktierbar unter:

Telefon: 0421 – 218 - 58637

E-Mail: mopip15@uni-bremen.de

Prof. Dr. Stefan Görres, Prof. Dr. Heinz Rothgang

Interview-Nr.:

Datum:

Uhrzeit Beginn:

Ende:

Einstieg – Begrüßung und kurze Erläuterung des Vorgehens

Herzlichen Dank dafür, dass Sie sich die Zeit nehmen, mit mir zu sprechen.

Wir haben ja beiden bereits am XX. November telefoniert.

Mein Name ist XXX und ich arbeite an der Universität Bremen in einem Forschungsprojekt, in dem es um die Qualität von Pflegeheimen geht.

Heute geht es in unserem Gespräch darum, wie verständlich die Informationen sind, die Sie als VerbraucherIn bekommen oder auch brauchen, wenn Sie sich einen Überblick über die Qualität des Pflegeheims verschaffen wollen.

Wie wir genau darüber sprechen und was ich heute mitgebracht habe, erkläre ich Ihnen gleich.

Zuerst ist mir wichtig, Ihnen zu versichern, dass wir Ihre Antworten streng vertraulich behandeln und strenge Datenschutzvorkehrungen einhalten. Dazu habe ich hier einen Informationsbogen mitgebracht.

Der Bogen enthält auch eine Einwilligungserklärung, die ich Sie bitte zu unterschreiben.

Inhalte der Einwilligungserklärung durchgehen, Hinweis auf Freiwilligkeit und Rücktritt ohne Nachteile geben, Unterschrift einholen

Vielen Dank.

Kurzfragebogen zu Soziodemografischen Daten

Sehr geehrte Interviewpartnerin, sehr geehrter Interviewpartner,
herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung. Informationen zum Umgang mit Ihren
Daten entnehmen Sie bitte der Einwilligungserklärung. Bitte vermerken Sie auf diesem
Bogen noch einige Angaben zu Ihrer Person. Sollten Sie Fragen zu dem Bogen haben,
sprechen Sie bitte direkt die/den Mitarbeiterin/Mitarbeiter des Studententeams an.

Sie sind weiblich <input type="checkbox"/>		männlich <input type="checkbox"/>	Ihr Alter in Jahren _____
Ihr Höchster Schulabschluss _____			
Ihr ausgeübter Beruf _____			
Ihre Rolle, in der Sie an der Befragung Teilnehmen. Sie sind (Mehrfachauswahl möglich)			
BewohnerIn eines Pflegeheims		<input type="checkbox"/>	
Angehörige einer/eines BewohnerIn eines Pflegeheims		<input type="checkbox"/>	
Mitglied des Heimbeirats		<input type="checkbox"/>	
In der Pflegeberatung tätig		<input type="checkbox"/>	
Ich habe keine der genannten Rollen, sondern bin _____			
Bitte nicht ausfüllen, wird durch die Universität Bremen ausgefüllt.			
IP Nr.:		Interview geführt am:	

Assoziativer Einstieg – Kartenabfrage der Indikatoren/ teilstrukturiert

Einstiegsfrage:

Stellen Sie sich vor, Sie wollen sich über die Qualität eines Pflegeheimes informieren.

Es interessiert Sie besonders, Informationen dazu zu bekommen, wie es den Menschen geht, die in diesem Pflegeheim leben.

Es wird zukünftig eine Broschüre/ein Heft geben, in der man diese Informationen nachlesen kann/erfahren kann.

Kartenabfrage:

Dies sind die Begriffe die dann in der Broschüre zu finden sind. Schauen sie sich die Begriffe einmal in Ruhe.

Welche der Begriffe sind ihnen besonders wichtig? / Welche Begriffe verstehen sie nicht?

Zusammenfassungen vorlegen (1):

Ich zeige Ihnen jetzt eine Zusammenfassung / Übersichten, auf der alle Begriffe, die wir gerade besprochen haben zu finden sind.

Schauen Sie sich das Blatt in Ruhe an. Was fällt ihnen auf?

Was finden Sie gut, was finden Sie nicht so gut?

Hier ist ein zweites Blatt mit einer etwas anderen Darstellung (2):

Wählen Sie bitte das Blatt mit der Übersicht aus, die sie am meisten anspricht!

Warum haben sie sich für diese Übersicht entschieden?

Sie haben sich für diese Reihenfolge der Darstellung entschieden, mein letzter Vorschlag für eine Darstellung wäre diese. (2 oder 4 vorlegen):

Wie finden sie das?

Die Begriffe, die Sie auf den Zusammenfassungen sehen, werden im Fachjargon auch als sogenannten Indikatoren bezeichnet. Jetzt kennen Sie die Indikatoren, die die Qualität von Pflegeheimen zukünftig darstellen sollen.

Ich habe jeden dieser Begriffe einmal beschreiben mitgebracht. (Vorlegen der Beschreibungen nach Wichtigkeit oder nach nicht verstanden.)

Hier ist der Begriff beschrieben. Bitte lesen Sie sich die Beschreibung einmal durch.

Wie verständlich ist diese Beschreibung für Sie?

Können Sie nachvollziehen warum das Pflegeheim mit dem Ergebnis überdurchschnittlich / durchschnittlich / unterdurchschnittlich bewertet wird?

Verstehen sie den Text hier in der Mitte?

Schauen sie sich bitte die Grafik am Ende des Blattes an Verstehen sie diese Grafik?

Fehlen ihnen noch Informationen damit sie Verstehen was dieser Begriff bedeutet / was hier in diesem Pflegeheim überprüft wurde?

Wenn ja welche?



Mitschrift (ggfs. Seiten einfügen – Datum!)

VERABSCHIEDUNG UND DANK!

14 Statistische Plausibilitätsprüfungen Bewohner*innendaten

Anlage 14: Statistische Plausibilitätsprüfungen der Bewohner*innendaten

In die Studie wurden 3246 Bewohner*innen von 62 Pflegeheimen eingeschlossen, deren Daten zu sechs unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben worden sind. Daraus ergaben sich 13897 Beobachtungen. Die im Folgenden präsentierten Häufigkeiten von Unplausibilitäten beziehen sich je nach Dokumentation entweder auf die Gesamtanzahl der Bewohner*innen oder die Gesamtanzahl der Beobachtungen. Um die unterschiedlichen, aber bei der Untersuchung der logischen Zusammenhänge häufig sehr ähnlichen Variablen besser voneinander abzugrenzen, wird auch der in der Studie verwendete Variablen-Code angegeben.

Nicht eingerechnet sind alle 12 Beobachtungen eines Heimes zur ersten Erhebungswelle. Vergleiche mit der zweiten Erhebungswelle (z.B. Geschlecht, Alter der Bewohner*innen) haben ergeben, dass in diesem Heim Bewohner*innen-IDs offensichtlich nicht fortgeführt, sondern neu vergeben wurden. Um die Auswertung nicht zu verfälschen, werden diese Daten daher nicht berücksichtigt.

Die Bewohner*innendaten wurden auf Datenplausibilität (Konsistenz zwischen den Erhebungszeitpunkten) und auf inhaltliche Konsistenz überprüft. Einige unplausible Angaben wurden geändert oder gelöscht. Zudem gab es Imputationen von fehlenden Angaben durch Übertragung von Werten derselben Bewohnerin/ desselben Bewohners zu anderen Zeitpunkten. Im Folgenden werden die beobachteten unplausiblen Zusammenhänge beschrieben und die jeweiligen Häufigkeiten ihres Auftretens angegeben. Falls Daten verändert wurden, wird auch dies kurz erläutert. **Teil 1** der Anlage geht auf die Datenplausibilität ein und **Teil 2** auf die Überprüfung der inhaltlichen Konsistenz.

Tabellen zu den erläuterten Ergebnissen sind in **Teil 3** der Anlage zu finden. Bei den Beschreibungen in Teil 1 und Teil 2 wird jeweils auf die entsprechenden Seitenzahlen der Tabellen verwiesen. Längere Listings von unplausiblen Angaben sind der Übersichtlichkeit halber separat in **Teil 4** angehängt.

Teil 1: Datenplausibilität und Imputationen

Im Vergleich zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten wurde die Konsistenz der Angaben pro Bewohner*in überprüft. Im Sinne eines konsistenten Datensatzes wurde in den meisten Fällen entschieden, unklare Angaben zu entfernen. Zudem wurden einige fehlende Werte durch andere Zeitpunkte ersetzt.

- **Variable Geschlecht**

Geschlecht: Abgleich zwischen den Zeitpunkten

Es wurde ein Vergleich aller Angaben zum Geschlecht (A1_8) durchgeführt, die für eine Person zu den 6 verschiedenen Zeitpunkten erhoben worden sind. Für 42 Bewohner*innen (1,29%) lagen unterschiedliche Angaben vor. Für alle diese Fälle (insgesamt 224 Beobachtungen = 1,61%) wurden alle Werte zum Geschlecht gelöscht.

Listing: Seite 38-39

Geschlecht: Ersetzen fehlender Angaben

Bei einer Kontrolle auf fehlende Werte wurden neben den gelöschten 224 (s.o.) weitere 88 Beobachtungen mit fehlender Angabe zum Geschlecht gefunden. Von diesen konnten 73 Beobachtungen durch den Vergleich mit den anderen Zeitpunkten jeweils derselben Bewohnerin/ desselben Bewohners ersetzt werden. Es verbleiben 11 Bewohner*innen (15 Beobachtungen), bei denen alle Werte unbekannt sind.

- **Variablen Heimeinzug und Einzugsgespräch**

Heimeinzug und Einzugsgespräch – Abgleich zwischen den Zeitpunkten

Das Datum des Heimeinzugs (A1_17) wurde erst in der zweiten Erhebungswelle abgefragt. Es wurde getestet, ob und in welchem Ausmaß sich die Angaben der drei vorhandenen Zeitpunkte voneinander unterscheiden. Bei 335 Bewohnerinnen/ Bewohnern (10,32%) gab es Unterschiede. Von diesen konnten 21 Angaben manuell durch die Angaben anderer Zeitpunkte ersetzt werden, wenn die Daten zu weit in der Zukunft bzw. zu weit zurück lagen um plausibel zu sein. Alle Datumsangaben der übrigen Bewohner*innen (insgesamt 903 Beobachtungen) wurden gelöscht.

Listing: Seite 40-51

Beim Datum des Einzugsgesprächs gab es Unterschiede zwischen den sechs Zeitpunkten für 43 Bewohner*innen (0,32%). Hier gab es keine eindeutigen Daten, die manuell geändert werden konnten. Daher wurden für diese Bewohner*innen alle Datumsangaben (insgesamt 119 Beobachtungen) zum Einzugsgespräch gelöscht.

Listing: Seite 52-53

Heimeinzug – Ersetzen fehlender Werte

Innerhalb der zweiten Erhebungswelle gab es 49 fehlende Angaben zum Datum des Heimeinzugs. Durch Abgleich mit den anderen Zeitpunkten konnten hiervon 39 ersetzt werden. Es verbleiben 10 fehlende Angaben für insgesamt 9 Bewohner*innen. Da erst ab der zweiten Erhebungswelle das

Datum des Heimeinzugs erhoben worden ist, wurden diese Angaben bewohner*innenweise auf die erste Erhebungswelle übertragen.

- **Variable Gewicht**

Gewicht in plausiblen Range

Vor dem Vergleich zwischen den Zeitpunkten wurde zunächst nach Werten des Gewichts (A8_2_1) gesucht, die nicht plausibel sind. Es konnte 281 Mal (2,02 %) beobachtet werden, dass das angegebene Gewicht nicht in einem Range von 20 bis 200 Kilogramm lag. Diese Werte wurden gelöscht.

Listing: Seite 54-57

Gewichtsunterschiede zwischen den Zeitpunkten: Differenz zwischen den Erhebungswellen

Bei 30 Bewohnerinnen/ Bewohnern (0,92%) waren Gewichtsschwankungen von mehr als zwanzig Prozent von der ersten bis zur zweiten Erhebungswelle zu beobachten. Bei 18 von ihnen sind die Gewichtsschwankungen als plausibel anzusehen. In 5 Fällen konnten offensichtliche Zahlendreher identifiziert und manuell geändert werden. Bei den übrigen 7 Bewohnerinnen/ Bewohnern wurden die entsprechenden Werte gelöscht.

Listing: Seite 58-59

Gewichtsunterschiede zwischen den Zeitpunkten: Differenz innerhalb der Erhebungswellen

Nach den soeben beschriebenen Änderungen der Variablen Gewicht (A8_2_1) wurden innerhalb der ersten bzw. zweiten Erhebungswelle die Differenzen T1 – T0a und T0b – T0a bzw. T3 – T2a und T2b – T2a betrachtet. Die folgende Tabelle dokumentiert Abweichungen von 5kg oder mehr, was für einen so kurzen Zeitraum als unplausibel angesehen, aber mangels weiterer Hinweise beibehalten wird.

	T1 – T0a	T0b – T0a	T3 – T2a	T2b – T2a
Anzahl Bewohner*innen mit Differenz >= 5kg	23 (0,71%)	17 (0,52%)	20 (0,62%)	15 (0,46%)

Listing: Seite 60-64

Gewicht: Ersetzen fehlender Werte

Bei einer Kontrolle auf fehlende Werte wurden 179 Beobachtungen mit fehlender Gewichtsangabe gefunden. Da von einer zur anderen Erhebungswelle große Gewichtsschwankungen auftreten können, wurden die fehlenden Werte nur durch plausible Gewichtsangaben aus der gleichen Erhebungswelle ersetzt. Insgesamt konnten 62 Ersetzungen vorgenommen werden. Es verbleiben 113 fehlende Werte für die Variable Gewicht.

- **Variable Alter**

Alter in plausiblen Range

Vor dem Abgleich der Zeitpunkte wurde nach Angaben zum Alter (A1_7) gesucht, die nicht stimmen können. Bei der Dateneingabe war das Geburtsdatum angegeben und hieraus das Alter berechnet worden. Das eingegebene Geburtsdatum war aus Datenschutzgründen bei der Auswertung nicht

ersichtlich. Da die Eingabe von Datumsangaben fehleranfälliger ist als die Angabe eines Alters in Jahren, wurden verhältnismäßig viele fehlerhafte Angaben gefunden. Bei 425 Bewohnerinnen/ Bewohnern (13,09%) liegt mindestens bei einem der sechs Zeitpunkte das Alter nicht im Range zwischen 10 und 120 Jahren (insgesamt 551 unplausible Beobachtungen = 3,96%). Bei den meisten Bewohner*innen konnte der unplausible Wert durch eine Beobachtung der anderen Zeitpunkte korrigiert werden. Übrig bleiben 73 unstimmmige Werte von insgesamt 51 Bewohner*innen, welche gelöscht wurden.

Listing: Seite 65-78

Abgleich Alter zwischen den Zeitpunkten

Bei 258 Bewohner*innen (7,95%) lag das angegebene Alter zwar im Range, aber es gab Unterschiede zwischen den Angaben der 6 Zeitpunkte. Bei 29 Bewohnerinnen/ Bewohnern ist die Differenz zwischen den beiden Erhebungswellen nicht größer als ein Jahr. Diese wurden als plausibel erachtet. In den übrigen 229 Fällen wurden alle Angaben der Bewohnerin/ des Bewohners gelöscht (insgesamt 1120 Beobachtungen).

Listing: Seite 79-87

Ersetzen fehlender Werte zum Alter

Fehlende Altersangaben fanden sich bei 85 Bewohnerinnen/ Bewohnern (insgesamt 105 fehlende Werte). Durch den Vergleich mit den Altersangaben, die für dieselben Personen zu einem anderen Zeitpunkt erhoben worden sind, konnte für 75 Beobachtungen das Alter übertragen werden. Es verbleiben 30 Beobachtungen zu 26 Bewohnerinnen und Bewohnern, bei denen dies nicht möglich ist.

Teil 2: Überprüfung der inhaltlichen Konsistenz

Bei der Untersuchung der inhaltlichen Konsistenz der Daten wurden logische Zusammenhänge geprüft, welche sich zwischen verschiedenen Variablen ergeben. Die meisten gefundenen Unstimmigkeiten werden lediglich dokumentiert, um Hinweise auf nötige Schulungen der erhebenden Pflegekräfte zu geben. Nur in wenigen Fällen, wo offensichtliche Widersprüche vorliegen, wurden Angaben gelöscht.

- **Variable Harninkontinenz**

Ärztliche Diagnose vs. Kontinenzprofil

Es ist als unplausibel anzusehen, wenn die ärztliche Diagnose „Harninkontinenz“ lautet (A1_15_37), die/ der Bewohner*in im aktuellen Kontinenzprofil jedoch als (vollständig/unabhängig erreicht/abhängig erreicht) kontinent beschrieben wird (A14_1). Dies betrifft 680 Beobachtungen (4,94%). Genau andersherum und ebenso unplausibel ist es, wenn laut der ärztlichen Diagnose keine Harninkontinenz vorliegt (A1_15_37), aber die / der Bewohner*in im aktuellen Kontinenzprofil als (unabhängig/abhängig/nicht kompensiert) inkontinent beschrieben wird (A14_1). Das sind insgesamt 2573 Beobachtungen (18,7%).

Tabelle: Seite 13

Kontinenzprofil vs. NBA-Profil

Es konnte 502 Mal (3,64%) beobachtet werden, dass das Ergebnis des Kontinenzprofils (vollständig/unabhängig erreicht/abhängig erreicht) kontinent ist (A14_1), aber im NBA-Profil zur Harninkontinenz eine Harninkontinenz angegeben wird (A6_15). Andersherum: Das Kontinenzprofil lautet inkontinent (A14_1), aber die /der Bewohner*in ist kontinent laut NBA-Profil zur Harninkontinenz (A6_15). Dies sind insgesamt 1822 Beobachtungen (13,22%).

Bemerkung: Die Skalierung der Variablen A6_15 erscheint unsystematisch (1 und 4 kontinent), daher ist die Einteilung schwierig:

überwiegend kontinent = 1

überwiegend inkontinent = 2

komplett inkontinent = 3

ständig kontinent = 4

*Bewohner*innen hat ein Dauerkatheder oder ein Urostoma= 5*

Tabelle: Seite 14

Kontinenzprofil vs. Selbstversorgung Blasenkontrolle/Harnkontinenz

Unplausibel sind folgenden Kombinationen: Laut Kontinenzprofil ist die/ der Bewohner*in (vollständig/unabhängig erreicht/abhängig erreicht) kontinent (A14_1), aber die Frage, ob sie/ er die Folgen einer Harnkontinenz bewältigen könne, wurde nicht mit "entfällt" beantwortet (A 6_11). Dies betrifft 1955 Beobachtungen (14,16%). Umgekehrt ist es unplausibel, wenn die / der Bewohner*in im Kontinenzprofil als (unabhängig/abhängig/nicht kompensiert) inkontinent beschrieben wird (A14_1), aber die Frage, ob die/ der Bewohner*in die Folgen einer Harnkontinenz bewältigen könne, mit "entfällt" beantwortet worden ist (A 6_11). Hier wurden insgesamt 705 Beobachtungen (3,97%) gezählt.

Tabelle: Seite 15

- **Variable Stuhlinkontinenz**

Ärztliche Diagnose vs. Selbstversorgung Darmkontrolle/Stuhlinkontinenz

Es wurde 272 Mal (1,98%) beobachtet, dass eine ärztliche Diagnose zur Stuhlinkontinenz vorliegt (A1_15_38), während die Frage, ob die/ der Bewohner*in die Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen könne, mit "entfällt" beantwortet wurde (A6_12). Umgekehrt liegt eine Unplausibilität vor, wenn laut der ärztlichen Diagnose keine Stuhlinkontinenz vorliegt (A1_15_38), aber die Frage, ob die/ der Bewohner*in die Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen könne, nicht mit "entfällt" beantwortet wurde (A6_12). Hier wurden insgesamt 4161 Beobachtungen (30,22%) gezählt.

Tabelle: Seite 16

Ärztliche Diagnose vs. NBA-Profil

Es ist zudem als unplausibel anzusehen, wenn die ärztliche Diagnose "Stuhlinkontinenz" lautet (A1_15_38), aber die/ der Bewohner*in überwiegend Kontrolle über seinen Darm hat (A6_16). Dies betrifft 692 Beobachtungen (5,02%). Auch diese Kombination kann andersherum vorkommen: Laut der ärztlichen Diagnose liegt keine Stuhlinkontinenz vor (A1_15_38), aber es wurde angegeben, dass die/ der Bewohner*in (überwiegend/komplett) inkontinent ist (A6_16). Dies ist bei 1580 Beobachtungen (11,47%) der Fall.

Bemerkung: Die Skalierung der Variablen A6_16 erscheint unsystematisch (1 und 4 kontinent), daher ist die Einteilung schwierig:

überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent = 1

überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung = 2

komplett inkontinent = 3

ständig kontinent = 4

*Bewohner*innen hat ein Colo- oder Ileostoma = 5*

Tabelle: Seite 16

- **EBoMo vs. NBA-Profil Mobilität**

Im Folgenden sollen die erhobenen Werte des „Erfassungsbogen Mobilität“ (EBoMo) und des Moduls 1 des „neuen Begutachtungsassessment“ (NBA) zur Mobilität miteinander verglichen werden. Beide Instrumente wurden verwendet, um die Mobilität der Bewohner*innen abzubilden, verwenden hierfür jedoch unterschiedliche Bewertungskategorien. Zwischen den Items gleichen Inhalts können die Kategorien gemäß Tabelle 1 auf Konsistenz miteinander verglichen werden. Entsprechend wurden die Pflegekräfte vor Beginn der Erhebung geschult. Es ergaben sich dennoch teilweise erhebliche Abweichungen, welche im Folgenden dokumentiert werden.

Tabelle 1: Konsistenz zwischen Antwortoptionen von EBoMo und NBA-Modul 1 zur Mobilität. Hervorgehoben: unplausible Kombinationen

Konsistenz der Antwortoptionen		NBA-Modul 1 (A2_1 bis A2_5)			
		selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
EBoMo (A2_6 bis A2_16)	selbständig	plausibel			
	mit Hilfsmittel				
	mit Personenhilfe	plausibel			
	komplett unselbständig			plausibel	

Positionswechsel im Bett

Bei 40 Beobachtungen (0,29%) kann ein Positionswechsel im Bett selbständig vorgenommen werden (A2_1), laut EBoMo wird jedoch Personenhilfe benötigt um sich im Bett von einer auf die andere Seite zu drehen (A2_6). Es wurde 9 Mal (0,07%) beobachtet, dass dies nur komplett unselbständig möglich ist (A2_6). Von den Beobachtungen zu Bewohnerinnen und Bewohnern, die einen Positionswechsel im Bett überwiegend selbständig oder überwiegend unselbständig vornehmen können (A2_1), führen 349 (2,53%) einen Positionswechsel selbständig durch, 1.023 (7,4%) mit Hilfsmittel und 172 (1,25%) sind komplett unselbständig (A2_6). Es ist zudem als unplausibel anzusehen, wenn eine/ ein Bewohner*in einen Positionswechsel im Bett nur unselbständig vornehmen kann (A2_1), sich aber im Bett selbstständig, mit Hilfsmittel oder mit Personenhilfe von einer auf die andere Seite dreht (A2_6). Dies konnte 284 Mal (2,06%) beobachtet werden.

Tabelle: Seite 17

Stabile Sitzposition halten

Es wurde 36 Mal (0,26%) dokumentiert, dass eine stabile Sitzposition selbständig gehalten werden kann (A2_2), das freie Sitzen im Stuhl jedoch nur mit Personenhilfe oder in 54 Fällen (0,39%) nur komplett unselbständig gelingt (A2_11). Von den Beobachtungen zu Bewohnerinnen/ Bewohnern, die überwiegend selbständig bzw. überwiegend unselbständig eine stabile Sitzposition halten können (A2_2), sitzen 445 (3,22%) selbständig frei im Stuhl, 1694 (12,26%) gelingt dies mit Hilfsmittel und 435 (3,15%) sind komplett unselbständig (A2_11). In den Fällen in denen eine stabile Sitzposition nur noch unselbständig gehalten werden kann (A2_2), wurde es 18 Mal (0,13%) beobachtet, dass dies nach EBoMo selbständig und bei 219 Beobachtungen (1,58%) mit Hilfsmittel oder Personenhilfe gelingt (A2_11).

Tabelle: Seite 18

Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs

Bei 120 der Beobachtungen zu Bewohner*innen (0,87%), die sich selbständig innerhalb des Wohnbereichs fortbewegen (A2_4), wird zur Bewegung innerhalb des Wohnbereichs Personenhilfe benötigt und 29 (0,21%) sind komplett unselbständig (A2_15). Zudem wurde 117 Mal (0,85%) beobachtet, dass die Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs überwiegend selbständig bzw. überwiegend unselbständig gelingt (A2_4), die Bewegung innerhalb der Einrichtung jedoch selbständig, bei 2895 Beobachtungen (20,96%) mit Hilfsmittel und 178 Mal (1,29%) nur komplett unselbständig möglich ist (A2_15). Außerdem wurden bei Beobachtungen zu Bewohner*innen, denen die Fortbewegung im Wohnbereich nur noch komplett unselbständig gelingt (A2_4), 4 Fälle (0,03%) bei denen die Bewegung innerhalb der Einrichtung selbständig gelingt, 62 Beobachtungen (0,45%), wo ein Hilfsmittel benötigt wird und 866 Fälle (6,27%) mit Bedarf nach Personenhilfe gezählt (A2_15).

Tabelle: Seite 18

Treppensteigen

Es wurde 189 Mal (1,37%) beobachtet, dass Treppensteigen selbständig gelingt (A2_5), Treppen jedoch nur mit Personenhilfe oder komplett unselbständig bewältigt werden können (A2_14). Von den Beobachtungen zu Bewohnerinnen und Bewohnern, die überwiegend selbständig oder überwiegend unselbständig Treppen steigen können (A2_5), tun 110 (0,8%) dies selbständig, 931 (6,74%) mit Hilfsmittel und 225 (1,63%) komplett unselbständig (A2_14). Es ist zudem als unplausibel anzusehen, wenn das Treppensteigen nur komplett unselbständig möglich ist (A2_5), die gleiche Tätigkeit nach EBoMo jedoch selbständig, mit Hilfsmittel oder mit Personenhilfe gelingt (A2_14). Hierzu wurden 329 Beobachtungen (2,39%) gezählt.

Tabelle: Seite 19

Aufstehen aus sitzender Position/ Umsetzen

Da die nachfolgenden Kombinationen sehr komplex sind, werden die Unplausibilitäten aus Gründen der Übersichtlichkeit zuerst kurz erläutert und anschließend tabellarisch dargestellt.

- a) Es ist unplausibel, wenn die Bewohnerin/ der Bewohner selbständig aus einer sitzenden Position aufstehen kann (A2_3), aber Personenhilfe benötigt um sich im Bett aufzusetzen (A2_8), das Gleichgewicht vom Sitzen zum Stehen zu verlagern (A2_9) oder den Oberkörper aufzurichten (A2_10), bzw. ist komplett unselbständig bei diesen Tätigkeiten.
- b) Der Bewohnerin/ dem Bewohner ist es möglich überwiegend selbständig/ unselbständig aus einer sitzenden Position aufzustehen (A2_3), aber sie/ er kann sich selbständig/ mit Hilfsmitteln/ komplett unselbständig im Bett aufsetzen (A2_8), das Gleichgewicht vom Sitzen zum Stehen verlagern (A2_9) oder den Oberkörper aufrichten (A2_10).
- c) Die Bewohnerin/ der Bewohner kann nur unselbständig aus einer sitzenden Position aufstehen (A2_3), aber kann sich selbständig oder mit Hilfsmittel/ Personenhilfe im Bett aufsetzen (A2_8), das Gleichgewicht vom Sitzen zum Stehen verlagern (A2_9) oder den Oberkörper aufrichten (A2_10).

Tabelle 2 gibt die Anzahlen dieser Unplausibilitäten an.

Tabelle 2: Inkonsistenzen zwischen dem NBA-Item Transfer und den EBoMo-Items Aufsetzen im Bett, Sitzen zu Stehen sowie Oberkörper aufrichten. PH = Personenhilfe, HM = Hilfsmittel.

NBA: Aufstehen/Umsetzen vs. EBoMo	Aufsetzen im Bett	Sitzen zu Stehen	Oberkörper aufrichten
a) selbständig vs. PH	105 (0,76%)	100 (0,73%)	68 (0,49%)
b) überwiegend selbst./unselbst. vs. selbst./HM/komplett unselbst.	2.363 (17,1%)	2.200 (15,93%)	2.597 (18,8%)
c) unselbständig vs. selbst./HM/PH	827 (5,98%)	442 (3,2%)	884 (6,4%)

Tabelle: Seite 20 – 21

- **Plausibilität von Datumsangaben**

Erhebungsdatum

In zwei Einrichtungen war die Jahreszahl des Erhebungsdatums (ED_STARTDATE) fälschlicherweise bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern mit 2009 bzw. 2010 angegeben. Hier wurde das Erhebungsdatum gelöscht (insgesamt 88 Beobachtungen = 0,6%).

Listing: Seite 88-91

Schmerzeinschätzung

Zunächst fielen 24 Beobachtung (0,17%) auf, bei denen die Jahreszahl der vorletzten Schmerzeinschätzung (A11_2_7) oder der letzten Schmerzeinschätzung (A11_2_7) zu klein (vor 2000) oder zu groß (nach 2016) war, um plausibel zu sein. Die entsprechenden Angaben wurden gelöscht.

Listing: Seite 92

Anschließend wurde die logische Reihenfolge vorletzte - letzte Schmerzeinschätzung - Erhebungsdatum überprüft. Es wurde 435 Mal (3,13%) beobachtet, dass die letzte Schmerzeinschätzung (A11_2_5) zeitlich vor der vorletzten (A11_2_7) durchgeführt wurde. Insgesamt 186 (1,34%) bzw. 349 Mal (2,51%) lag der Termin der letzten (A11_2_5) bzw. der vorletzten (A11_2_7) Schmerzeinschätzung zeitlich nach der Bearbeitung des Fragebogens (ED_ENDDATE). Die entsprechenden Datumsangaben zur Schmerzeinschätzung wurden daraufhin gelöscht.

Listing: Seite 93-107

- **Diagnosen**

Hypertonie vs. Hypotonie

Es wurde 100 Mal (0,73%) gleichzeitig Hypertonie (A1_15_1) und Hypotonie (A1_15_6) angekreuzt. Für alle diese Fälle wurden beide Werte gelöscht.

Tabelle: Seite 22

Geschlechtsuntypische/ nicht relevante Erkrankungen

Im Anschluss an die Änderungen bei zwischen den Zeitpunkten inkonsistenten Geschlechtsangaben (siehe Teil 1) wurden die Daten auf geschlechtsuntypische Erkrankungen untersucht. Hierzu zählen Frauen (A1_8) mit Funktionsstörungen der Prostata (A1_15_36), was 27 Mal (0,19%) beobachtet

wurde, oder einem Prostatakarzinom (A1_15_11), 6 Beobachtungen (0,04%). Ein weiter unplausibler Fall sind gynäkologische chirurgische Eingriffe am Becken (A1_15_57) bei Männern (A1_8). Dies wurde 2 Mal (0,01%) beobachtet.

Tabelle: Seite 23 - 24

Angst

Es wurde 142 Mal beobachtet (1,03%), dass „Angststörungen“ diagnostiziert wurden (A1_15_21), Ängste unter Verhaltensweisen und psychische Problemlagen jedoch nicht genannt werden (A5_10). Für 349 Beobachtungen (2,53%) wurde Sturzangst zwar von der Bewohnerin/ dem Bewohner geäußert (A9_4_2), es ist jedoch keine Angst vor Stürzen dokumentiert (A2_17).

Tabelle: Seite 25

Dekubitus

Es wurde 54 Mal (0,39%) beobachtet, dass die Diagnose Dekubitus (A1_15_40) vorliegt, aber kein Dekubitus innerhalb der letzten sechs Monate dokumentiert wurde (A7_1). Zudem gab es 487 Beobachtungen (3,54%) ohne Diagnose (A1_15_40), aber mit mindestens einem Dekubitus in diesem Zeitraum (A7_1).

Tabelle: Seite 26

Schluckstörungen

Eine Unplausibilität liegt vor, wenn eine Schluckstörung zwar diagnostiziert wurde (A1_15_52), aber keine Schluckstörungen bekannt und dokumentiert sind (A8_5). Dies wurde 162 Mal (1,18%) beobachtet. Andersherum, das heißt bekannte und dokumentierte Schluckstörungen (A8_5) aber keine zugehörige Diagnose (A1_15_52), kam diese Kombinationen 370 Mal (2,69%) vor.

Tabelle: Seite 27

Frakturen

Es wurde 138 Mal (3,36%) beobachtet, dass Frakturen als Sturzfolge angegeben wurden (A9_1_1), aber keine Diagnose „Frakturen“ vorhanden ist (A1_15_14).

Tabelle: Seite 28

- **Freiheitseinschränkende Maßnahmen**

Richterliche Genehmigung

Es ist 88 Mal (0,63%) zu beobachten, dass eine richterliche Genehmigung für eine mechanische Fixierung (A10_2_3, 53 Mal), eine Zimmerverriegelung (A10_3_3, 9 Mal) und/ oder für die Verabreichung sedierender Medikamente (A10_4_3, 26 Mal) vorhanden ist, während gleichzeitig kein richterlicher Beschluss für freiheitsbeschränkende Maßnahmen vorliegt (A1_2).

Tabellen: Seite 29-30

Gurtfixierungen

Bei 12 der Beobachtungen (0,09%) von Bewohner*innen, bei denen innerhalb der letzten vier Wochen Gurtfixierungen angewandt wurden (A10_1), liegt keine Dokumentation einer mechanischen Fixierung für diesen Zeitraum vor (A10_2).

Tabelle: Seite 30

- **Stürze**

Anzahl der Stürze

Es ist nicht plausibel, wenn eine Bewohnerin/ ein Bewohner innerhalb der letzten 6 Monate mindestens einmal gestürzt ist (A9_1), aber 0 Stürze in diesem Zeitraum dokumentiert wurden (A9_2). Diese Kombination wurde 79 Mal (0,57%) gezählt. Von den Beobachtungen zu Bewohnerinnen und Bewohnern, die genau einmal gestürzt sind (A9_1), wurden 75 Mal (0,54%) keine Stürze und in 51 Fällen (0,37%) mindestens zwei Stürze dokumentiert (A9_2). Es ist zudem als unplausibel anzusehen, wenn eine/ ein Bewohner*in in den letzten sechs Monaten häufiger als einmal gestürzt ist (A9_1), aber weniger als zwei Stürze für sie/ ihn dokumentiert wurden (A9_2). Dies konnte 14 Mal (0,1%) beobachtet werden. 23 Mal (0,17%) wurden keine Stürze angegeben (A9_1) und gleichzeitig mindestens ein Sturz dokumentiert (A9_2).

Tabelle: Seite 31

Sturzfolgen

Bei der Frage nach den Sturzfolgen können als Möglichkeiten Frakturen (A9_1_1), behandlungsbedürftige Wunden (A9_1_2), andauernde Schmerzen (A9_1_3), erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen (A9_1_4) und Mobilität (A9_1_5) sowie „keine der genannten ist eingetreten“ (A9_1_6) angekreuzt werden. Es wurde 84 Mal (0,61%) sowohl letzteres als auch mindestens eine der gegebenen Sturzfolgen angekreuzt. Für jeden dieser Fälle wurde die Antwortmöglichkeit „keine der genannten ist eingetreten“ von „ja“ zu „nein“ umgeändert.

- **Weitere logische Zusammenhänge**

Heimeinzug und Einzugsgespräch

Bei den Beobachtungen von Bewohnerinnen und Bewohnern, die laut Angabe innerhalb der letzten 6 Monate neu in die Einrichtung gezogen sind (A12_1), liegt bei 53 (1,63%) das Datum des Einzugs bereits länger zurück. Bei 40 (1,23%) fand der Einzug zeitlich nach der Bearbeitung des Fragebogens statt (A1_17).

Falls angegeben wurde, dass das Einzugsgespräch zwischen der 2. und der 6. Woche nach dem Heimeinzug stattgefunden hat (A12_1_1), war der tatsächliche Abstand bei 72 Beobachtungen (0,51%) kürzer als zwei Wochen und bei 276 Beobachtungen (1,99%) länger als sechs Wochen (A12_1_2).

Tabelle: Seite 32

Bettlägerigkeit vs. „Bewegt sich innerhalb des Wohnbereichs“

Von den Beobachtungen zu Bewohnerinnen/ Bewohnern mit schwerer Bettlägerigkeit (A7_3) bewegt sich eine(r) selbständig (0,01%), 8 (0,06%) überwiegend selbständig und 14 (0,1%) überwiegend unselbständig im Wohnbereich (A2_4).

Tabelle: Seite 33

Beatmungspflicht

Es ist als unplausibel anzusehen, wenn bei Bewohnerinnen/ Bewohnern, die innerhalb der letzten 6 Monate beatmungspflichtig waren (A1_14), nicht gleichzeitig außergewöhnlicher Erkrankungen oder Belastungen (z.B. MS, Wachkoma, Beatmungspflicht), die spezieller Unterstützung bedürfen, angegeben sind (A1_4). Dies wurde aber 26 Mal (0,19%) beobachtet.

Tabelle: Seite 34

Sondenernährung

Bei 24 Beobachtungen (4,75%) von Bewohnerinnen und Bewohnern, die ihre Nahrung ausschließlich oder nahezu ausschließlich über eine Sonde beziehen (A6_13_2), wurde die Nahrungsaufnahme als selbständig bis unselbständig beschrieben (A6_8). Im Falle von Flüssigkeitsaufnahme wurde dies 15 Mal (2,97%) beobachtet. Eine weitere Unplausibilität ist es, wenn die/ der Bewohner*in sowohl Nahrung (A6_9) als auch Flüssigkeit (A6_9) ausschließlich über eine Sonde erhält, sich aber gleichzeitig nicht ausschließlich über Sonde ernährt (A6_13_2). Diese Kombination wurde 52 Mal (0,37%) beobachtet.

Tabelle: Seite 35-36

Lauftendenz

In 166 Fällen (1,2%) wurde eine Lauftendenz, die ein Eigen- und Fremdgefährdungspotential birgt (A9_3) angegeben ohne gleichzeitiges Auftreten von motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (A5_1).

Tabelle: Seite 37

Einschätzung von Verhaltensweisen

Bei 37 Beobachtungen (0,27%) wurden aus der Liste der Einschätzungen zu Verhaltensweisen gleichzeitig „keine der genannten“ (A13_1_9) und mindestens einer der folgenden Punkte genannt: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, physisch aggressives Verhalten gegen Personen, verbal aggressives Verhalten, selbstverletzendes/ selbstgefährdendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Angstzustände (A13_1_3 bis A13_1_8) . Das gleiche geschah 29 Mal (0,21%) bezüglich der Frage, welche Einschätzungen das Instrument zu den einzelnen Verhaltensweisen vorsähe. Hier wurden mindestens einer der vorgeschlagenen Punkte aus der Liste zu Instrumentarien zur Erhebung dieser Einschätzung (A13_1_10 bis A13_1_12) und „keine der genannten Verhaltensweisen ist berücksichtigt“ (A13_1_13) angekreuzt. Für jeden dieser Fälle wurde die Antwortmöglichkeit „keine der genannten“ bzw. „keine der genannten Verhaltensweisen ist berücksichtigt“ von „ja“ zu „nein“ umgeändert.

Teil 3: Tabellen**Ärztliche Diagnose vs. Kontinenzprofil**

A14_1(Kontinenzprofil)	A1_15_37(Diagnose: Harninkontinenz)		
	Ja	Nein	Summe
Häufigkeit Prozent			
Kontinenz	79 0.57	2711 19.70	2790 20.27
unabhängig erreichte Kontinenz	217 1.58	650 4.72	867 6.30
abhängig erreichte Kontinenz	384 2.79	659 4.79	1043 7.58
unabhängig kompensierte Inkontinenz	622 4.52	486 3.53	1108 8.05
abhängig kompensierte Inkontinenz	5730 41.63	2035 14.79	7765 56.42
nicht kompensierte Inkontinenz	138 1.00	52 0.38	190 1.38
Summe	7170 52.10	6593 47.90	13763 100.00
Häufigkeit Fehlend = 134			

Kontinenzprofil vs. NBA-Profil

A14_1(Kontinenzprofil)	A6_15(Kontinenzprofil nach NBA (Selbstversorgung))					
Häufigkeit Prozent	überwiegend Kontinent	überwiegend Inkontinent	Inkontinent	Kontinent	Stoma	Summe
Kontinenz	456 3.30	10 0.07	24 0.17	2286 16.56	24 0.17	2800 20.29
unabhängig erreichte Kontinenz	629 4.56	63 0.46	8 0.06	150 1.09	19 0.14	869 6.30
abhängig erreichte Kontinenz	566 4.10	193 1.40	48 0.35	137 0.99	113 0.82	1057 7.66
unabhängig kompensierte Inkontinenz	782 5.67	216 1.56	58 0.42	33 0.24	21 0.15	1110 8.04
abhängig kompensierte Inkontinenz	851 6.17	2155 15.61	3723 26.97	84 0.61	962 6.97	7775 56.33
nicht kompensierte Inkontinenz	63 0.46	49 0.36	53 0.38	9 0.07	17 0.12	191 1.38
Summe	3347 24.25	2686 19.46	3914 28.36	2699 19.56	1156 8.38	13802 100.00
Häufigkeit Fehlend = 95						

Kontinenzprofil vs. Selbstversorgung Blasenkontrolle/Harnkontinenz

A14_1(Kontinenzprofil)	A6_11(Selbstversorgung: Bewältigung einer Harninkontinenz)					
	Häufigkeit Prozent	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig	entfällt	Summe
Kontinenz	517 3.75	76 0.55	23 0.17	31 0.22	2152 15.59	2799 20.28
unabhängig erreichte Kontinenz	333 2.41	181 1.31	31 0.22	21 0.15	303 2.20	869 6.30
abhängig erreichte Kontinenz	48 0.35	215 1.56	174 1.26	305 2.21	316 2.29	1058 7.67
unabhängig kompensierte Inkontinenz	495 3.59	358 2.59	71 0.51	55 0.40	131 0.95	1110 8.04
abhängig kompensierte Inkontinenz	134 0.97	584 4.23	1116 8.09	5403 39.15	538 3.90	7775 56.33
nicht kompensierte Inkontinenz	17 0.12	23 0.17	19 0.14	96 0.70	36 0.26	191 1.38
Summe	1544 11.19	1437 10.41	1434 10.39	5911 42.83	3476 25.18	13802 100.00
Häufigkeit Fehlend = 95						

Ärztliche Diagnose vs. Selbstversorgung Darmkontrolle/Stuhlinkontinenz

A1_15_38(Diagnose: Stuhlinkontinenz)	A6_12(Selbstversorgung: Bewältigung einer Stuhlinkontinenz)					
Häufigkeit Prozent	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig	entfällt	Summe
Ja	44 0.32	117 0.85	294 2.14	3102 22.53	272 1.98	3829 27.81
Nein	1222 8.88	517 3.75	463 3.36	1959 14.23	5779 41.97	9940 72.19
Summe	1266 9.19	634 4.60	757 5.50	5061 36.76	6051 43.95	13769 100.00
Häufigkeit Fehlend = 128						

Ärztliche Diagnose vs. NBA-Profil

A1_15_38(Diagnose: Stuhlinkontinenz)	A6_16(Darmkontrolle/ Stuhlinkontinenz (NBA))					
Häufigkeit Prozent	überwiegend Kontinent	überwiegend Inkontinent	Inkontinent	Kontinent	Stoma	Summe
Ja	587 4.26	618 4.49	2441 17.73	105 0.76	78 0.57	3829 27.81
Nein	2436 17.69	445 3.23	1052 7.64	5923 43.02	83 0.60	9939 72.19
Summe	3023 21.96	1063 7.72	3493 25.37	6028 43.78	161 1.17	13768 100.00
Häufigkeit Fehlend = 129						

Positionswechsel im Bett

A2_1(Durchführung von Positionswechseln im Bett)	A2_6(Positionswechsel im Bett (nach EBoMo))				
	Häufigkeit Prozent	selbständig	mit Hilfsmittel	mit Personenhilfe	komplett unselbständig	Summe
selbständig	8541 61.83	424 3.07	40 0.29	9 0.07	9014 65.25
überwiegend selbständig	322 2.33	926 6.70	242 1.75	9 0.07	1499 10.85
überwiegend unselbständig	27 0.20	97 0.70	1057 7.65	163 1.18	1344 9.73
unselbständig	9 0.07	13 0.09	262 1.90	1673 12.11	1957 14.17
Summe	8899 64.42	1460 10.57	1601 11.59	1854 13.42	13814 100.00
Häufigkeit Fehlend = 83					

Stabile Sitzposition halten

A2_2(das Halten einer stabilen Sitzposition)	A2_11(Freies Sitzen im Stuhl (nach EBoMo))				
Häufigkeit Prozent	selbständig	mit Hilfsmittel	mit Personenhilfe	komplett unselbständig	Summe
selbständig	8025 58.09	723 5.23	36 0.26	54 0.39	8838 63.97
überwiegend selbständig	405 2.93	1308 9.47	214 1.55	82 0.59	2009 14.54
überwiegend unselbständig	40 0.29	386 2.79	548 3.97	353 2.56	1327 9.61
unselbständig	18 0.13	93 0.67	126 0.91	1404 10.16	1641 11.88
Summe	8488 61.44	2510 18.17	924 6.69	1893 13.70	13815 100.00
Häufigkeit Fehlend = 82					

Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs

A2_4(Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs)	A2_15(Bewegung innerhalb der Einrichtung (nach EBoMo))				
Häufigkeit Prozent	selbständig	mit Hilfsmittel	mit Personenhilfe	komplett unselbständig	Summe
selbständig	3105 22.48	2747 19.88	120 0.87	29 0.21	6001 43.44
überwiegend selbständig	105 0.76	2681 19.41	352 2.55	51 0.37	3189 23.08
überwiegend unselbständig	12 0.09	214 1.55	781 5.65	127 0.92	1134 8.21
unselbständig	4 0.03	62 0.45	866 6.27	2559 18.52	3491 25.27
Summe	3226 23.35	5704 41.29	2119 15.34	2766 20.02	13815 100.00
Häufigkeit Fehlend = 82					

Treppensteigen

A2_5(Treppensteigen)	A2_14(Bewohner steigt Treppe (nach EBoMo))				
Häufigkeit Prozent	selbständig	mit Hilfsmittel	mit Personenhilfe	komplett unselbständig	Summe
selbständig	1629 11.79	200 1.45	108 0.78	81 0.59	2018 14.61
überwiegend selbständig	81 0.59	846 6.12	484 3.50	40 0.29	1451 10.50
überwiegend unselbständig	29 0.21	85 0.62	1872 13.55	185 1.34	2171 15.71
unselbständig	66 0.48	45 0.33	218 1.58	7846 56.79	8175 59.17
Summe	1805 13.07	1176 8.51	2682 19.41	8152 59.01	13815 100.00
Häufigkeit Fehlend = 82					

Aufstehen aus sitzender Position/ Umsetzen

A2_3(Aufstehen aus sitzender Position/ Umsetzen)	A2_8(Begibt sich von der Rückenlage im Bett in die Sitzposition (EBoMo))				
Häufigkeit Prozent	selbständig	mit Hilfsmittel	mit Personenhilfe	komplett unselbständig	Summe
selbständig	6009 43.50	625 4.52	97 0.70	8 0.06	6739 48.78
überwiegend selbständig	756 5.47	951 6.88	405 2.93	15 0.11	2127 15.40
überwiegend unselbständig	139 1.01	306 2.21	1200 8.69	196 1.42	1841 13.33
unselbständig	47 0.34	68 0.49	712 5.15	2281 16.51	3108 22.50
Summe	6951 50.31	1950 14.12	2414 17.47	2500 18.10	13815 100.00
Häufigkeit Fehlend = 82					

A2_3(Aufstehen aus sitzender Position/ Umsetzen)	A2_9(Verlagert in der sitzenden Position das Gleichgewicht zum Stehen (EBoMo))				
Häufigkeit Prozent	selbständig	mit Hilfsmittel	mit Personenhilfe	komplett unselbständig	Summe
selbständig	5383 38.96	1256 9.09	84 0.61	16 0.12	6739 48.78
überwiegend selbständig	407 2.95	1246 9.02	444 3.21	30 0.22	2127 15.40
überwiegend unselbständig	54 0.39	198 1.43	1324 9.58	265 1.92	1841 13.33
unselbständig	8 0.06	19 0.14	415 3.00	2666 19.30	3108 22.50
Summe	5852 42.36	2719 19.68	2267 16.41	2977 21.55	13815 100.00
Häufigkeit Fehlend = 82					

A2_3(Aufstehen aus sitzender Position/ Umsetzen)	A2_10(Richtet den Oberkörper auf (EBoMo))				
	Häufigkeit Prozent	selbständig	mit Hilfsmittel	mit Personenhilfe	komplett unselbständig	Summe
selbständig	5813 42.08	858 6.21	62 0.45	6 0.04	6739 48.78
überwiegend selbständig	675 4.89	1168 8.45	270 1.95	14 0.10	2127 15.40
überwiegend unselbständig	191 1.38	359 2.60	1101 7.97	190 1.38	1841 13.33
unselbständig	80 0.58	104 0.75	700 5.07	2224 16.10	3108 22.50
Summe	6759 48.93	2489 18.02	2133 15.44	2434 17.62	13815 100.00
Häufigkeit Fehlend = 82					

Hypertonie vs. Hypotonie

A1_15_1(Hypertonie)	A1_15_6(Hypotonie)		
Häufigkeit Prozent	Ja	Nein	Summe
Ja	100 0.73	8753 63.53	8853 64.25
Nein	151 1.10	4774 34.65	4925 35.75
Summe	251 1.82	13527 98.18	13778 100.00
Häufigkeit Fehlend = 119			

Geschlechtsuntypische/ nicht relevante Krankheiten

A1_8(Geschlecht)	A1_15_36(Funktionsstörungen (Prostata))		
Häufigkeit Prozent	Ja	Nein	Summe
Weiblich	27 0.20	9554 70.49	9581 70.69
Männlich	516 3.81	3457 25.51	3973 29.31
Summe	543 4.01	13011 95.99	13554 100.00
Häufigkeit Fehlend = 343			

A1_8(Geschlecht)	A1_15_11(Prostata-Karzinom)		
Häufigkeit Prozent	Ja	Nein	Summe
Weiblich	6 0.04	9575 70.64	9581 70.69
Männlich	221 1.63	3752 27.68	3973 29.31
Summe	227 1.67	13327 98.33	13554 100.00
Häufigkeit Fehlend = 343			

A1_8(Geschlecht)	A1_15_57(Gynäkologische chirurgische Eingriffe)		
	Häufigkeit		
Prozent	Ja	Nein	Summe
Weiblich	396	9185	9581
	2.92	67.77	70.69
Männlich	2	3971	3973
	0.01	29.30	29.31
Summe	398	13156	13554
	2.94	97.06	100.00
Häufigkeit Fehlend = 343			

Angst

A1_15_21(Diagnose: Angststörungen)	A5_10(Verhaltensweisen/ psychische Problemlagen: Ängste)				
Häufigkeit Prozent	seltener/ nie	max. 1x wöchentlich	mehrmals wöchentlich	täglich	Summe
Ja	142 1.03	116 0.84	124 0.90	124 0.90	506 3.67
Nein	11152 80.99	1133 8.23	522 3.79	456 3.31	13263 96.33
Summe	11294 82.02	1249 9.07	646 4.69	580 4.21	13769 100.00
Häufigkeit Fehlend = 128					

A9_4_2(Ängste vor Stürzen (Modul Sturzfolgen))	A2_17(Mobilität: Angst vor Stürzen)				
Häufigkeit Prozent	seltener/ nie	max. 1x wöchentlich	mehrmals wöchentlich	täglich	Summe
seltener/nie	10240 74.17	481 3.48	153 1.11	274 1.98	11148 80.75
max. 1x wöchentlich	218 1.58	880 6.37	158 1.14	48 0.35	1304 9.45
mehrmals wöchentlich	64 0.46	72 0.52	236 1.71	95 0.69	467 3.38
täglich	67 0.49	27 0.20	45 0.33	748 5.42	887 6.42
Summe	10589 76.70	1460 10.58	592 4.29	1165 8.44	13806 100.00
Häufigkeit Fehlend = 91					

Dekubitus

A1_15_40(Diagnose: Dekubitus)	A7_1(mindestens ein Dekubitus innerhalb der letzten sechs Monate)		
	Ja	Nein	Summe
Häufigkeit			
Prozent			
Ja	368 2.67	54 0.39	422 3.06
Nein	487 3.54	12862 93.40	13349 96.94
Summe	855 6.21	12916 93.79	13771 100.00
Häufigkeit Fehlend = 126			

Schluckstörung

A1_15_52(Diagnose: Schluckstörungen)	A8_5(Schluckstörungen bekannt und dokumentiert)		
Häufigkeit Prozent	Ja	Nein	Summe
Ja	828 6.01	162 1.18	990 7.19
Nein	370 2.69	12410 90.12	12780 92.81
Summe	1198 8.70	12572 91.30	13770 100.00
Häufigkeit Fehlend = 127			

Frakturen

A1_15_14(Diagnose = Frakturen)	A9_1_1(Frakturen als Sturzfolge)		
Häufigkeit Prozent	Ja	Nein	Summe
Ja	231 5.63	622 15.15	853 20.78
Nein	138 3.36	3114 75.86	3252 79.22
Summe	369 8.99	3736 91.01	4105 100.00
Häufigkeit Fehlend = 9792			

Richterliche Genehmigung

A1_2(richterlicher Beschluss für FEM liegt vor)	A10_2_3(Genehmigung für mechanische Fixierung)				
Häufigkeit Prozent	ja	nein	nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt	nein, die Fixierung unterstützt die Mobilisierung	Summe
Ja	445 58.55	8 1.05	10 1.32	1 0.13	464 61.05
Nein	53 6.97	152 20.00	42 5.53	49 6.45	296 38.95
Summe	498 65.53	160 21.05	52 6.84	50 6.58	760 100.00
Häufigkeit Fehlend = 13137					

A1_2(richterlicher Beschluss für FEM liegt vor)	A10_4_3(Genehmigung für Verabreichung sedierender Medikamente)				
Häufigkeit Prozent	ja	nein	nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt	nein, die Fixierung unterstützt die Mobilisierung	Summe
Ja	38 4.05	79 8.42	0 0.00	66 7.04	183 19.51
Nein	26 2.77	389 41.47	5 0.53	335 35.71	755 80.49
Summe	64 6.82	468 49.89	5 0.53	401 42.75	938 100.00
Häufigkeit Fehlend = 12959					

A1_2(richterlicher Beschluss für FEM liegt vor)	A10_3_3(Genehmigung für 'Zimmerverschluss')			
Häufigkeit Prozent	ja	nein	nein, es wurde jedoch zu Beginn der Maßnahme ein Antrag gestellt	Summe
Ja	174 60.00	11 3.79	2 0.69	187 64.48
Nein	9 3.10	88 30.34	6 2.07	103 35.52
Summe	183 63.10	99 34.14	8 2.76	290 100.00
Häufigkeit Fehlend = 13607				

Gurtfixierungen

A10_1(Gurtfixierung innerhalb der letzten 4 Wochen)	A10_2(mechanische Fixierung innerhalb der letzten 4 Wochen)		
Häufigkeit Prozent	Ja	Nein	Summe
Ja	203 1.47	12 0.09	215 1.56
Nein	1166 8.45	12419 89.99	13585 98.44
Summe	1369 9.92	12431 90.08	13800 100.00
Häufigkeit Fehlend = 97			

Anzahl Stürze

A9_1(Ist der Bewohner in den vergangenen 6 Monaten gestürzt?)	A9_2(Anzahl der dokumentierten Stürze der letzten 6 Monate)			
	Häufigkeit keine Stürze	ein Sturz	mindestens zwei Stürze	Summe
ja, einmal	75 0.54	1981 14.35	51 0.37	2107 15.26
ja, mehrmals	4 0.03	10 0.07	1987 14.39	2001 14.49
nein	9678 70.08	18 0.13	5 0.04	9701 70.25
Summe	9757 70.66	2009 14.55	2043 14.79	13809 100.00
Häufigkeit Fehlend = 88				

Heimeinzug und Einzugsgespräch

Zeit zwischen Einzug und Gespräch				
	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Häufigkeit	Kumulativer Prozentwert
Gespräch vor Einzug	27	8.91	27	8.91
bis zu zwei Wochen	72	23.76	99	32.67
sechs bis acht Wochen	86	28.38	185	61.06
mehr als acht Wochen	118	38.94	303	100.00
Häufigkeit Fehlend = 253				

Zeit zwischen Heimeinzug und Bearbeitungszeitpunkt des Fragebogens				
	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Häufigkeit	Kumulativer Prozentwert
Einzug nach Bearbeitungszeitpunkt	40	43.01	40	43.01
Einzug vor sechs Monaten und zwei Wochen	42	45.16	82	88.17
Einzug liegt länger zurück	11	11.83	93	100.00
Häufigkeit Fehlend = 517				

Bettlägerigkeit

A7_3(Vorliegen einer Bettlägerigkeit)	A2_4(Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs)				
Häufigkeit Prozent	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig	Summe
keine Bettlägerigkeit	5854 42.39	2840 20.57	781 5.66	1050 7.60	10525 76.22
leichte Bettlägerigkeit	130 0.94	301 2.18	277 2.01	1188 8.60	1896 13.73
mittelschwere Bettlägerigkeit	12 0.09	40 0.29	62 0.45	431 3.12	545 3.95
schwere Bettlägerigkeit	1 0.01	8 0.06	14 0.10	820 5.94	843 6.10
Summe	5997 43.43	3189 23.09	1134 8.21	3489 25.27	13809 100.00
Häufigkeit Fehlend = 88					

Beatmungspflicht

A1_14(Beatmungspflichtig innerhalb der letzten 6 Monate)	A1_4(Bestehen einer außergewöhnlichen Erkrankung/ Belastung)		
	Häufigkeit Prozent	Ja	Nein	Summe
Ja	28 0.20	26 0.19	54 0.39
Nein	595 4.32	13139 95.29	13734 99.61
Summe	623 4.52	13165 95.48	13788 100.00
Häufigkeit Fehlend = 109			

Sondenernährung

A6_13_2 (Sondenernährung)	A6_8(Selbstversorgung: Essen)					
Häufigkeit Prozent	selbst- ständig	überwie- gend selbst- ständig	überwie- gend unselbst- ständig	unselbst- ständig	nur Sonde	Summe
zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondennahrung (nur gelegentlich)	0 0.00	3 0.59	11 2.17	20 3.95	12 2.37	46 9.09
1 bis 3x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung	9 1.78	8 1.58	13 2.57	48 9.49	16 3.16	94 18.58
mindestens 4x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung (geringe Mengen)	1 0.20	2 0.40	6 1.19	16 3.16	24 4.74	49 9.68
ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung	1 0.20	1 0.20	0 0.00	22 4.35	293 57.91	317 62.65
Summe	11 2.17	14 2.77	30 5.93	106 20.95	345 68.18	506 100.00
Häufigkeit Fehlend = 13391						

A6_13_2 (Sondenernährung)	A6_9(Selbstversorgung: Trinken)					
Häufigkeit Prozent	selbst- ständig	überwie- gend selbst- ständig	überwie- gend unselbst- ständig	unselbst- ständig	nur Sonde	Summe
zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondennahrung (nur gelegentlich)	0 0.00	3 0.59	9 1.78	11 2.17	23 4.55	46 9.09
1 bis 3x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung	7 1.38	9 1.78	11 2.17	36 7.11	31 6.13	94 18.58
mindestens 4x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung (geringe Mengen)	1 0.20	2 0.40	4 0.79	9 1.78	33 6.52	49 9.68
ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung	1 0.20	1 0.20	0 0.00	13 2.57	302 59.68	317 62.65
Summe	9 1.78	15 2.96	24 4.74	69 13.64	389 76.88	506 100.00
Häufigkeit Fehlend = 13391						

Lauftendenz

A9_3(Vorliegen von Lauftendenzen)	A5_1(Auftreten motorisch geprägter Verhaltensauffälligkeiten)				
	Häufigkeit Prozent	seltener/ nie	max. 1x wöchentlich	mehrmals wöchentlich	täglich	Summe
nein	10985 79.57	400 2.90	289 2.09	498 3.61	12172 88.16
zeitweise	372 2.69	104 0.75	94 0.68	109 0.79	679 4.92
ja, aber das ist unproblematisch	262 1.90	38 0.28	54 0.39	199 1.44	553 4.01
ja, mit Eigen- und Fremdgefährdungspotential	166 1.20	23 0.17	55 0.40	158 1.14	402 2.91
Summe	11785 85.36	565 4.09	492 3.56	964 6.98	13806 100.00
Häufigkeit Fehlend = 91					

Teil 4: Listings**Geschlecht: Abgleich zwischen den Zeitpunkten**

SUBID	T0_a	T0_b	T1	T2_a	T2_b	T3
101012	Männlich	Weiblich	Weiblich	.	.	.
101020	Weiblich	Männlich	Männlich	Männlich	.	.
102052	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Weiblich
105048	Weiblich	Männlich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich
106007	Weiblich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Weiblich	Weiblich
106028	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Männlich	Weiblich
108019	Weiblich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Weiblich	Weiblich
202913	.	.	.	Weiblich	Männlich	Weiblich
203023	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Männlich
203067	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Männlich
203070	Weiblich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Weiblich	Weiblich
204001	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Männlich
204009	Männlich	Weiblich	Männlich	Männlich	Männlich	Männlich
205048	Männlich	Weiblich	Weiblich	.	.	.
206106	Weiblich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Weiblich	Weiblich
208012	Männlich	Weiblich	.	Weiblich	.	.
208031	Männlich	Männlich	.	Weiblich	.	.
303060	Männlich	Weiblich	Männlich	Männlich	Männlich	Männlich
306009	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Männlich
306049	Weiblich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Weiblich	Weiblich
309019	Männlich	Männlich	Männlich	Männlich	Männlich	Weiblich
311028	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Weiblich
312019	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
313054	Männlich	Männlich	Männlich	Männlich	.	Weiblich
315001	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Männlich
315009	Männlich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich
315020	Männlich	Männlich	Männlich	.	Weiblich	.
401022	Weiblich	Männlich	Weiblich	Weiblich	Männlich	Weiblich
401026	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Männlich	Weiblich

SUBID	T0_a	T0_b	T1	T2_a	T2_b	T3
401029	Weiblich	Männlich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich
401031	Weiblich	Männlich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich
401050	Weiblich	Männlich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich
404013	Männlich	Weiblich	Männlich	Männlich	Männlich	Männlich
405012	Männlich	Männlich	Männlich	Weiblich	Männlich	Männlich
405027	Männlich	Männlich	Männlich	Weiblich	Männlich	.
409017	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Männlich
409024	.	Weiblich	.	.	Männlich	.
509016	Weiblich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Weiblich	Weiblich
510064	Männlich	Weiblich	Männlich	.	Männlich	.
515025	Weiblich	Männlich	Männlich	Männlich	Männlich	Männlich
516012	Weiblich	Weiblich	Männlich	.	.	.
519114	Weiblich	Männlich	.	.	.	.

Heimeinzug– Abgleich zwischen den Zeitpunkten

SUBID	Angabe zu T2_a	Angabe zu T2_b	Angabe zu T3	Differenz T2_a und T3 (Tage)	Differenz T2_a und T2_b (Tage)	Differenz T2_b und T3 (Tage)
101001	05/04/2016	06/04/2016	.	.	1	.
101002	06/04/2061	06/04/2016	06/04/2016	16436	16436	0
101033	01/04/2010	01/04/1931	01/04/2010	0	28855	28855
101036	23/05/2016	23/05/2061	23/05/2016	0	16436	16436
102067	15/10/2002	15/10/2002	05/10/1953	17907	0	17907
102068	27/06/1965	14/09/2015	14/09/2015	18341	18341	0
105001	10/01/2012	10/01/2012	10/01/2002	3652	0	3652
105004	03/09/2012	03/09/2016	03/09/2012	0	1461	1461
105014	10/01/2012	17/01/2012	10/01/2012	0	7	7
105018	27/04/2015	25/04/2015	27/04/2015	0	2	2
105045	21/03/2013	01/03/2013	01/03/2013	20	20	0
106010	27/02/2009	22/02/2009	27/02/2009	0	5	5
106016	23/01/2011	23/02/2011	23/02/2011	31	31	0
106022	20/01/2011	10/01/2011	10/01/2011	10	10	0
106023	19/05/2015	19/05/2015	15/09/2015	119	0	119
106031	23/03/2016	23/03/2016	30/06/1928	32043	0	32043
107101	16/02/2012	16/02/2016	16/02/2012	0	1461	1461
107107	06/08/2013	03/11/2011	06/08/2013	0	642	642
107111	12/05/2016	12/05/2016	12/04/2016	30	0	30
108028	12/11/2007	12/07/2007	12/11/2007	0	123	123
108035	22/05/2016	22/05/2014	22/05/2014	731	731	0
202901	12/02/2015	10/02/2015	.	.	2	.
202903	01/09/1988	01/09/2016	01/09/1988	0	10227	10227
202907	22/11/2006	22/06/2011	22/11/2006	0	1673	1673
202909	20/02/2014	20/02/2014	20/02/2015	365	0	365
202914	24/04/2013	02/04/2013	24/04/2016	1096	22	1118
202917	26/09/2016	.	24/10/2014	703	.	.
202927	26/07/2014	.	10/02/2015	199	.	.
203003	24/04/2015	24/04/2016	24/04/2015	0	366	366

SUBID	Angabe zu T2_a	Angabe zu T2_b	Angabe zu T3	Differenz T2_a und T3 (Tage)	Differenz T2_a und T2_b (Tage)	Differenz T2_b und T3 (Tage)
203008	26/07/2014	26/07/2014	26/01/2010	1642	0	1642
203010	04/04/2016	04/04/2012	04/04/2012	1461	1461	0
203013	01/12/2010	01/12/2010	01/10/2012	670	0	670
203022	19/12/2014	19/12/2014	19/12/2016	731	0	731
203036	31/08/2015	31/08/2016	31/08/2015	0	366	366
203037	13/10/2014	13/10/2016	13/10/2014	0	731	731
203041	03/05/2015	03/05/2015	03/02/2015	89	0	89
203043	18/02/2010	18/02/2010	18/10/2010	242	0	242
203044	09/02/2014	09/12/2014	09/12/2014	303	303	0
203063	01/11/2015	01/11/2016	01/11/2015	0	366	366
203065	28/02/2016	28/02/2008	28/02/2008	2922	2922	0
203068	14/05/2005	14/05/2005	14/10/2005	153	0	153
203071	20/04/2016	24/04/2016	20/04/2016	0	4	4
204003	05/11/2010	05/01/2010	05/11/2010	0	304	304
204012	19/03/2014	19/03/2016	19/03/2014	0	731	731
204017	26/07/2013	26/07/2013	25/07/2013	1	0	1
204025	24/06/2015	24/06/2016	24/06/2015	0	366	366
204030	08/02/2012	08/02/2012	18/02/2016	1471	0	1471
204033	13/07/2007	13/07/2007	13/03/2007	122	0	122
204062	18/11/2013	18/11/2013	11/08/2013	99	0	99
204063	19/11/2013	19/11/2013	19/11/2016	1096	0	1096
204065	07/02/2104	07/02/2014	07/02/2014	32871	32871	0
301005	20/04/2012	20/04/2012	20/04/2016	1461	0	1461
301009	11/04/2012	11/04/2012	11/04/1912	36525	0	36525
301010	06/05/2016	06/05/2015	06/05/2015	366	366	0
301016	11/08/2015	11/08/2015	11/08/2105	32872	0	32872
301018	09/08/1928	09/08/2013	.	.	31046	.
301024	03/11/2019	03/11/2009	03/11/2009	3652	3652	0
301025	09/12/2014	19/12/2014	09/12/2014	0	10	10
301032	22/08/2012	23/08/2012	23/08/2012	1	1	0

SUBID	Angabe zu T2_a	Angabe zu T2_b	Angabe zu T3	Differenz T2_a und T3 (Tage)	Differenz T2_a und T2_b (Tage)	Differenz T2_b und T3 (Tage)
302001	16/03/2011	15/03/2011	16/03/2011	0	1	1
302004	03/02/2009	24/01/2009	03/02/2009	0	10	10
302005	04/11/2015	03/11/2015	04/11/2015	0	1	1
302007	10/03/2016	15/02/2016	10/03/2016	0	24	24
302008	20/08/2014	27/08/2012	20/08/2014	0	723	723
302010	26/02/2015	16/11/2012	26/02/2015	0	832	832
302012	12/02/2009	25/07/2012	25/07/2009	163	1259	1096
302013	15/01/2011	15/01/2011	10/01/2011	5	0	5
302018	19/11/2014	10/10/2014	10/10/2014	40	40	0
302025	23/08/2011	23/08/2011	01/01/2016	1592	0	1592
302030	28/07/2011	27/07/2011	28/07/2011	0	1	1
302031	26/07/2011	24/05/2011	26/07/2011	0	63	63
302032	18/06/2012	31/01/2012	18/06/2012	0	139	139
302033	13/07/2013	29/11/2001	13/07/2013	0	4244	4244
302034	01/09/2015	05/08/2015	05/08/2015	27	27	0
302035	31/08/2015	05/08/2015	31/08/2015	0	26	26
302037	17/07/2012	09/05/2012	17/07/2012	0	69	69
302039	03/08/2012	11/01/2012	03/08/2012	0	205	205
302040	04/11/2013	23/05/2013	04/11/2013	0	165	165
302041	08/05/2015	05/08/2015	08/05/2015	0	89	89
302043	22/10/2015	19/10/2015	22/10/2015	0	3	3
303004	24/12/2010	24/12/2016	24/12/2010	0	2192	2192
303005	01/05/2015	01/05/2015	01/09/2015	123	0	123
303010	01/01/2009	12/06/2002	12/09/2006	842	2395	1553
303019	03/04/2007	.	09/07/2007	97	.	.
303026	04/05/2012	.	04/09/2012	123	.	.
303030	07/04/2016	.	07/04/2015	366	.	.
303036	08/02/2009	.	31/12/2008	39	.	.
303041	04/11/2015	.	04/05/2015	184	.	.
303042	10/07/2015	01/03/2015	10/07/2015	0	131	131

SUBID	Angabe zu T2_a	Angabe zu T2_b	Angabe zu T3	Differenz T2_a und T3 (Tage)	Differenz T2_a und T2_b (Tage)	Differenz T2_b und T3 (Tage)
303063	02/08/2014	21/08/2014	21/08/2014	19	19	0
303100	05/11/2015	.	05/11/2014	365	.	.
303113	02/02/1924	.	02/02/2016	33603	.	.
303114	12/04/2016	.	12/04/2010	2192	.	.
303116	31/05/2016	31/05/2014	31/05/2016	0	731	731
304003	11/01/2011	11/01/2011	11/01/2001	3652	0	3652
304032	31/03/2015	31/05/2015	28/04/2015	28	61	33
304033	10/05/2013	10/05/2013	10/05/2016	1096	0	1096
304085	08/04/2016	26/02/2016	08/04/2016	0	42	42
304096	21/07/2016	21/07/2016	27/08/2016	37	0	37
304102	15/07/2016	16/04/2016	15/07/2016	0	90	90
305011	15/11/2012	21/02/2011	15/11/2012	0	633	633
305012	26/04/2013	22/04/2013	26/04/2013	0	4	4
305029	02/10/2010	02/10/2014	02/10/2014	1461	1461	0
305041	02/07/2012	20/07/2012	20/07/2012	18	18	0
305045	08/04/2014	08/04/2016	08/04/2014	0	731	731
305050	05/12/2014	09/03/2015	05/12/2014	0	94	94
305053	29/05/2015	11/11/2015	11/11/2015	166	166	0
305054	06/01/2014	03/02/2014	06/01/2014	0	28	28
305057	13/05/2015	21/06/2015	13/05/2015	0	39	39
305058	16/02/2015	16/03/2016	16/02/2015	0	394	394
305059	01/06/2012	29/06/2012	01/06/2012	0	28	28
305064	01/03/2010	01/03/2010	20/10/2009	132	0	132
305065	31/01/2013	01/05/2011	31/01/2013	0	641	641
305067	29/10/2010	26/11/2010	29/10/2010	0	28	28
305071	07/04/2014	05/05/2014	07/04/2014	0	28	28
305077	11/02/2015	22/09/2014	11/02/2015	0	142	142
305083	03/01/2007	31/01/2007	03/01/2007	0	28	28
305087	18/09/2016	18/09/2012	18/09/2012	1461	1461	0
305091	09/09/2013	09/09/2013	23/01/2015	501	0	501

SUBID	Angabe zu T2_a	Angabe zu T2_b	Angabe zu T3	Differenz T2_a und T3 (Tage)	Differenz T2_a und T2_b (Tage)	Differenz T2_b und T3 (Tage)
305092	04/04/2014	04/11/2014	04/04/2014	0	214	214
305094	01/03/2013	01/03/2013	01/03/2016	1096	0	1096
305095	27/07/2014	27/07/2016	27/07/2014	0	731	731
305104	03/03/2015	30/03/2015	03/03/2015	0	27	27
305107	19/11/2016	19/11/2014	19/11/2014	731	731	0
306009	09/06/2008	09/06/2008	09/06/2006	731	0	731
306011	18/10/2015	18/10/2014	18/10/2014	365	365	0
306023	09/03/2016	09/03/2019	09/03/2009	2557	1095	3652
306029	28/05/2006	29/06/2009	28/05/2006	0	1128	1128
306033	06/12/2014	11/10/2014	06/12/2014	0	56	56
306042	26/02/2015	26/02/2015	26/02/2001	5113	0	5113
306049	08/06/2015	06/08/2015	08/06/2015	0	59	59
306051	21/08/2007	21/08/2008	21/08/2007	0	366	366
306056	14/02/2015	26/12/2014	14/02/2015	0	50	50
306058	20/04/2016	20/03/2016	20/04/2016	0	31	31
307002	14/08/2014	19/08/2014	19/08/2014	5	5	0
307015	16/12/2014	05/01/2015	05/01/2015	20	20	0
307016	15/06/2015	15/06/2016	15/06/2015	0	366	366
307017	16/01/2015	19/01/2015	19/01/2015	3	3	0
307020	02/06/2014	02/06/2014	21/09/1956	21073	0	21073
307022	28/02/2015	09/02/2014	09/02/2014	384	384	0
308003	26/11/2015	.	27/11/2015	1	.	.
308004	12/03/2016	.	12/03/2010	2192	.	.
308006	27/08/2008	.	29/01/2013	1616	.	.
308007	02/03/2016	.	29/02/2016	2	.	.
308008	25/06/2013	.	25/06/2014	365	.	.
308011	14/01/2013	.	19/03/2014	429	.	.
308014	05/06/2015	.	05/01/2015	151	.	.
308017	01/02/2014	.	11/12/2013	52	.	.
308025	.	16/03/2010	16/02/2010	.	.	28

SUBID	Angabe zu T2_a	Angabe zu T2_b	Angabe zu T3	Differenz T2_a und T3 (Tage)	Differenz T2_a und T2_b (Tage)	Differenz T2_b und T3 (Tage)
308027	.	30/06/2012	18/06/2012	.	.	12
309031	14/04/2009	14/07/2009	14/07/2009	91	91	0
309062	25/05/2016	25/06/2016	25/05/2016	0	31	31
309068	16/11/2012	22/07/2016	16/11/2012	0	1344	1344
309069	25/11/2014	21/11/2014	25/11/2014	0	4	4
309070	15/06/2013	15/06/2013	15/06/2015	730	0	730
309309	18/08/2014	18/08/2016	18/08/2014	0	731	731
309312	27/01/2016	27/01/2012	27/01/2012	1461	1461	0
310002	16/03/2010	16/03/2010	16/03/2016	2192	0	2192
310003	08/08/2008	08/08/2016	08/08/2008	0	2922	2922
310004	02/10/2015	02/10/2015	02/10/2915	328718	0	328718
310010	27/09/2010	17/09/2010	27/09/2010	0	10	10
310013	27/09/2016	27/09/2014	27/09/2016	0	731	731
310014	13/10/2016	13/10/2015	13/10/2015	366	366	0
310023	24/04/2015	21/07/2014	24/04/2015	0	277	277
310026	26/08/2016	20/06/2013	26/08/2016	0	1163	1163
310035	21/07/2016	21/07/2010	21/07/2010	2192	2192	0
310039	04/12/2013	04/12/2013	04/12/2011	731	0	731
310044	06/07/2015	18/06/2015	06/07/2015	0	18	18
310045	06/07/2015	18/06/2015	06/07/2015	0	18	18
310046	25/09/2016	25/02/2013	25/09/2016	0	1308	1308
310055	13/08/2016	15/04/2013	13/08/2016	0	1216	1216
310063	08/03/2016	08/03/2011	08/03/2011	1827	1827	0
310073	01/03/2013	07/06/2011	01/03/2013	0	633	633
310077	02/10/2009	18/09/2009	02/10/2009	0	14	14
311019	17/05/2015	17/05/2015	17/07/2015	61	0	61
311022	12/04/2013	12/02/2013	12/04/2013	0	59	59
311028	17/07/2015	17/07/2015	17/07/2016	366	0	366
311029	13/06/2013	13/05/2013	.	.	31	.
311032	04/05/2015	04/05/2015	06/05/2015	2	0	2

SUBID	Angabe zu T2_a	Angabe zu T2_b	Angabe zu T3	Differenz T2_a und T3 (Tage)	Differenz T2_a und T2_b (Tage)	Differenz T2_b und T3 (Tage)
311038	29/01/2009	29/01/2009	29/09/2009	243	0	243
311039	26/07/2013	26/07/2013	26/06/2013	30	0	30
311053	09/02/2013	09/02/2013	19/02/2013	10	0	10
311057	23/02/2006	23/02/2006	23/06/2006	120	0	120
311061	30/09/2005	30/10/2005	30/09/2005	0	30	30
312005	28/12/2015	28/12/2016	28/12/2015	0	366	366
312054	26/03/2015	26/03/2015	26/03/2016	366	0	366
313001	03/01/2011	.	03/11/2011	304	.	.
313005	07/03/2013	.	07/06/2013	92	.	.
313015	09/02/2009	.	20/02/2009	11	.	.
313017	04/04/2007	.	02/12/2008	608	.	.
313023	19/01/2012	.	19/01/2011	365	.	.
313042	28/06/2011	.	26/06/2011	2	.	.
313044	01/12/2008	.	15/12/2008	14	.	.
313054	12/08/2015	.	12/04/2015	122	.	.
313058	01/09/2008	.	12/12/2008	102	.	.
313065	28/02/2012	.	03/04/2014	765	.	.
315001	29/09/2015	29/09/2015	29/08/2016	335	0	335
315005	08/04/2014	08/04/2014	18/04/2014	10	0	10
315011	25/03/2015	25/03/2016	25/03/2016	366	366	0
316001	17/06/1994	01/01/2003	07/11/1994	143	3120	2977
316002	01/02/2015	01/02/2005	01/02/2005	3652	3652	0
316006	10/06/1996	01/01/2003	21/07/1997	406	2396	1990
316007	01/01/2003	01/01/2003	01/03/1996	2497	0	2497
316031	18/09/2015	.	22/07/2013	788	.	.
317004	02/09/2010	02/09/2010	20/09/2010	18	0	18
317009	05/06/2016	05/06/2015	05/06/2015	366	366	0
317010	30/12/2009	30/12/2009	30/12/2012	1096	0	1096
318004	19/12/2007	19/02/2007	19/12/2007	0	303	303
401010	13/05/2015	13/05/2016	13/05/2015	0	366	366

SUBID	Angabe zu T2_a	Angabe zu T2_b	Angabe zu T3	Differenz T2_a und T3 (Tage)	Differenz T2_a und T2_b (Tage)	Differenz T2_b und T3 (Tage)
401042	17/06/2013	07/12/2015	17/06/2013	0	903	903
401052	30/06/2016	30/06/2014	30/06/2014	731	731	0
401060	09/03/2016	09/03/2016	06/04/2016	28	0	28
401062	02/09/2016	02/09/2016	07/07/2016	57	0	57
401066	19/08/2016	19/08/2008	19/08/2016	0	2922	2922
401067	12/08/2016	12/08/2016	17/06/2016	56	0	56
402002	14/02/2013	.	14/03/2013	28	.	.
404007	11/08/2008	11/08/2011	11/08/2008	0	1095	1095
404009	01/07/2011	01/07/2011	11/08/2008	1054	0	1054
404024	19/09/2011	19/09/2011	19/09/2016	1827	0	1827
404030	18/04/2016	18/04/2008	18/04/2008	2922	2922	0
404032	14/11/2914	14/11/2014	14/11/2014	328718	328718	0
404040	13/05/2015	13/05/2014	13/05/2014	365	365	0
405003	17/01/2000	17/02/2000	17/01/2000	0	31	31
405013	07/05/2012	07/05/2012	13/01/2016	1346	0	1346
405014	20/08/2011	20/08/2011	16/11/2011	88	0	88
405026	01/01/2014	01/01/2014	01/01/2015	365	0	365
405027	01/01/2013	17/09/2004	.	.	3028	.
405031	06/07/1915	06/07/2015	06/07/2015	36525	36525	0
405033	07/08/2014	07/08/2014	07/07/2014	31	0	31
406015	17/06/2013	17/06/2016	17/06/2013	0	1096	1096
406016	20/09/2013	20/09/2016	20/09/2013	0	1096	1096
406022	16/02/2015	12/06/1929	16/02/2015	0	31295	31295
406023	10/05/2010	16/08/2010	10/05/2010	0	98	98
409012	05/03/2014	05/03/2014	09/07/1940	26902	0	26902
409018	01/09/2017	01/09/2007	01/09/2007	3653	3653	0
409035	07/07/2016	07/07/2016	16/06/1929	31798	0	31798
409036	09/05/2016	29/04/2016	29/04/2016	10	10	0
501111	31/07/2008	31/07/2008	31/07/2018	3652	0	3652
501114	02/01/2012	02/01/2012	20/01/2012	18	0	18

SUBID	Angabe zu T2_a	Angabe zu T2_b	Angabe zu T3	Differenz T2_a und T3 (Tage)	Differenz T2_a und T2_b (Tage)	Differenz T2_b und T3 (Tage)
501116	26/01/2016	26/01/2016	16/01/2016	10	0	10
502137	21/08/2014	21/08/2014	21/08/2015	365	0	365
503040	01/03/2015	01/03/2015	01/03/1915	36525	0	36525
504024	27/09/2012	27/09/2016	27/09/2012	0	1461	1461
504027	27/10/2014	27/10/2016	27/10/2014	0	731	731
504031	25/03/2010	25/10/2015	25/03/2010	0	2040	2040
504037	29/10/2015	26/10/2015	26/10/2015	3	3	0
505101	25/11/2014	26/10/2014	25/11/2014	0	30	30
505103	10/02/2015	26/01/2015	10/02/2015	0	15	15
505105	03/12/2013	05/11/2013	03/12/2013	0	28	28
505106	14/06/2012	01/06/2012	14/06/2012	0	13	13
505107	18/12/2014	20/11/2014	18/12/2014	0	28	28
505109	27/04/2015	02/03/2015	27/04/2015	0	56	56
505110	27/07/2015	01/06/2015	27/07/2015	0	56	56
505112	09/08/2014	24/07/2014	09/08/2014	0	16	16
505114	05/09/2012	18/08/2012	05/09/2012	0	18	18
505115	26/02/2015	04/12/2014	26/02/2015	0	84	84
505116	03/08/2014	21/07/2014	03/08/2014	0	13	13
505117	23/08/2015	23/08/2015	18/10/2015	56	0	56
505118	03/06/2015	08/04/2015	03/06/2015	0	56	56
505119	01/01/2014	11/12/2013	01/01/2014	0	21	21
505122	01/03/2011	01/03/2011	02/08/1928	30161	0	30161
505123	08/02/2014	11/01/2014	08/02/2014	0	28	28
505127	31/07/2015	13/07/2016	31/07/2014	365	348	713
505128	17/09/2015	10/09/2015	17/09/2015	0	7	7
505130	19/04/1926	10/06/2015	10/06/2015	32559	32559	0
505132	04/09/2013	07/08/2013	04/09/2016	1096	28	1124
505133	26/02/2014	18/11/2013	26/02/2014	0	100	100
505134	25/08/2015	14/08/2015	25/08/2015	0	11	11
505135	14/06/2015	01/05/2015	14/06/2015	0	44	44

SUBID	Angabe zu T2_a	Angabe zu T2_b	Angabe zu T3	Differenz T2_a und T3 (Tage)	Differenz T2_a und T2_b (Tage)	Differenz T2_b und T3 (Tage)
505137	22/02/2014	01/02/2014	22/02/2014	0	21	21
505138	26/02/2015	25/11/2014	26/02/2015	0	93	93
505139	06/03/2013	06/02/2013	06/03/2013	0	28	28
505141	14/04/2010	14/04/2010	29/01/2006	1536	0	1536
505143	10/05/2013	26/04/2013	10/05/2013	0	14	14
505150	28/01/2016	28/01/2017	28/01/2016	0	366	366
505151	19/11/2015	29/10/2015	19/11/2015	0	21	21
505153	12/02/2016	01/12/2015	12/02/2016	0	73	73
505154	19/11/2015	10/10/2015	19/11/2015	0	40	40
505155	15/04/2016	15/04/2016	05/05/2016	20	0	20
507042	23/08/2012	23/08/2012	05/06/2012	79	0	79
507043	18/11/2014	18/11/2014	08/11/2014	10	0	10
507061	20/09/1974	20/09/1974	30/09/1974	10	0	10
507064	12/06/2015	12/06/2015	10/07/2015	28	0	28
507065	12/12/2013	12/12/2013	29/01/2014	48	0	48
507069	22/06/2015	22/06/2015	29/06/2015	7	0	7
507072	26/01/2010	26/01/2010	16/02/2010	21	0	21
507077	22/12/2011	22/12/2011	31/01/2012	40	0	40
507080	26/03/1998	26/03/1998	26/10/1984	4899	0	4899
507081	07/05/2012	07/05/2012	12/07/2012	66	0	66
507083	17/05/2013	17/05/2013	24/06/2013	38	0	38
507084	28/05/2013	28/05/2013	24/06/2013	27	0	27
507085	01/02/2014	01/02/2014	13/01/2014	19	0	19
507087	01/06/2016	01/06/2016	27/05/2016	5	0	5
507088	04/08/2016	04/08/2016	05/09/2016	32	0	32
507089	01/08/2016	01/08/2016	20/07/2016	12	0	12
507090	01/04/2016	01/04/2016	21/03/2016	11	0	11
507092	01/07/2016	01/07/2016	06/06/2016	25	0	25
507093	01/08/2016	01/08/2016	02/07/2016	30	0	30
508004	15/06/2004	15/04/2004	.	.	61	.

SUBID	Angabe zu T2_a	Angabe zu T2_b	Angabe zu T3	Differenz T2_a und T3 (Tage)	Differenz T2_a und T2_b (Tage)	Differenz T2_b und T3 (Tage)
508040	24/02/2012	24/02/2016	.	.	1461	.
508084	12/12/2013	12/12/2016	.	.	1096	.
509005	.	01/04/2004	10/04/2004	.	.	9
509016	29/01/2009	29/01/2001	29/01/2009	0	2922	2922
509018	02/08/2016	02/08/2016	02/08/1929	31777	0	31777
513001	01/11/2012	01/11/2012	01/12/2012	30	0	30
513013	01/03/2016	01/03/2016	02/03/2016	1	0	1
514003	15/10/2007	15/10/2007	15/07/2007	92	0	92
514008	27/02/2014	27/07/2014	27/02/2014	0	150	150
514015	18/08/2013	18/03/2013	18/08/2013	0	153	153
514019	22/07/2014	22/07/2016	22/07/2014	0	731	731
515011	25/06/2013	25/06/2013	25/05/2013	31	0	31
515012	03/05/2012	03/05/2012	03/05/2015	1095	0	1095
515013	31/03/2014	31/03/2014	13/03/2014	18	0	18
516001	20/09/2012	14/01/2015	20/09/2016	1461	846	615
516004	04/09/1999	24/06/2012	04/11/1999	61	4677	4616
516007	22/09/2016	22/09/2014	22/09/2014	731	731	0
516009	14/08/2014	14/08/2016	14/08/2014	0	731	731
516013	15/06/2016	15/06/2010	15/06/2010	2192	2192	0
516015	17/01/2013	20/02/2013	17/01/2013	0	34	34
516016	22/10/2015	22/10/2015	22/10/2016	366	0	366
516019	13/08/2010	13/08/2010	13/08/2014	1461	0	1461
516025	10/09/2015	10/09/2016	10/09/2016	366	366	0
516026	17/01/2016	17/01/2016	17/01/2012	1461	0	1461
516033	18/01/2010	18/10/2010	18/01/2010	0	273	273
516043	06/05/2014	06/03/2014	06/03/2014	61	61	0
516048	26/06/2012	16/03/2012	16/03/2012	102	102	0
516059	03/08/2003	03/04/2003	03/04/2003	122	122	0
519105	11/12/2015	11/12/2015	11/11/2015	30	0	30
519112	18/02/2016	18/02/2016	18/02/2916	328718	0	328718

SUBID	Angabe zu T2_a	Angabe zu T2_b	Angabe zu T3	Differenz T2_a und T3 (Tage)	Differenz T2_a und T2_b (Tage)	Differenz T2_b und T3 (Tage)
519125	06/01/2014	06/01/2016	06/01/2016	730	730	0
519129	15/05/2016	15/05/2015	15/05/2015	366	366	0
519131	11/02/1931	12/02/1931	12/02/1931	1	1	0
519132	07/03/2015	07/03/2015	07/03/1925	32872	0	32872
519137	05/07/1923	05/07/1929	05/07/1923	0	2192	2192
519151	29/04/2016	29/04/2016	29/04/2916	328718	0	328718

Einzugsgespräch – Abgleich zwischen den Zeitpunkten

SUBID	Angabe zu T0_a	Angabe zu T0_b	Angabe zu T1	Angabe zu T2_a	Angabe zu T2_b	Angabe zu T3
101001	.	.	.	17/05/2016	20/05/2016	.
107114	.	.	.	.	08/08/2016	19/07/2016
108009	12/01/2016	12/01/2016	15/01/2016	.	.	.
108022	13/01/2016	12/01/2016	16/12/2015	.	.	.
108047	.	.	.	30/06/2016	18/07/2016	30/06/2016
108049	.	.	.	06/07/2016	18/07/2016	06/07/2016
203072	.	.	.	21/09/2016	15/07/2016	21/09/2016
204013	16/12/2015	16/12/2016	16/12/2015	.	.	.
301019	30/11/2015	30/10/2015	30/11/2015	.	.	.
302003	17/02/2016	16/01/2016	17/02/2016	.	.	.
302043	11/01/2016	01/11/2016	11/01/2016	.	.	.
303039	02/02/2016	22/02/2016	02/02/2016	.	.	.
303062	24/12/2015	22/12/2015	24/12/2015	.	.	.
303112	.	.	.	23/05/2016	.	21/05/2016
303117	.	.	.	23/05/2016	.	11/06/2016
305070	27/11/2015	01/10/2015	27/11/2015	.	.	.
305204	.	.	.	24/05/2016	24/05/2016	25/04/2016
305205	.	.	.	31/05/2016	.	04/05/2016
306020	12/10/2015	15/10/2015	12/10/2015	.	.	.
306057	01/02/2016	29/01/2016	01/02/2016	.	.	.
308044	.	.	.	27/06/2016	.	19/06/2016
309037	.	.	.	.	05/08/2016	10/08/2016
309051	.	.	.	30/07/2016	12/08/2016	02/08/2016
309057	.	.	.	05/08/2016	29/07/2016	.
309059	.	.	19/02/2016	02/07/2016	03/03/2016	20/07/2016
309062	.	.	.	02/06/2016	15/07/2016	22/07/2016
309301	.	.	.	07/08/2016	.	10/08/2016
309302	.	.	.	23/07/2016	07/07/2016	15/07/2016
310004	06/10/2015	06/10/2015	06/10/2016	.	.	.

SUBID	Angabe zu T0_a	Angabe zu T0_b	Angabe zu T1	Angabe zu T2_a	Angabe zu T2_b	Angabe zu T3
310080	.	.	.	06/05/2016	04/05/2016	06/05/2016
310084	.	.	.	28/04/2016	23/04/2016	28/04/2016
318013	.	.	.	25/09/2016	25/09/2016	18/09/2016
401007	22/12/2015	.	18/01/2016	.	.	.
405010	04/02/2016	.	19/02/2016	.	.	.
406036	.	.	.	01/08/2016	01/08/2016	21/08/2016
407053	20/12/2015	20/12/2016	20/12/2015	.	.	.
501116	29/02/2016	28/01/2016	29/02/2016	.	.	.
502106	24/10/2016	24/10/2015	24/10/2016	.	.	.
502112	30/12/2015	30/12/2015	05/01/2016	.	.	.
507094	.	.	.	09/06/2016	09/06/2016	29/04/2016
513011	26/01/2016	26/01/2016	11/02/2016	.	.	.
513013	27/02/2016	27/03/2016	10/03/2016	.	.	.
516068	.	.	.	01/06/2016	01/06/2016	30/06/2016

Gewicht nicht im plausiblen Range

Zeitpunkt: 1=T0_a, 2=T0_b, 3=T1, 4=T2_a, 5=T2_b, 6=T3

SUBID	Zeitpunkt	Gewicht (kg)
101005	1	4.86
101029	1	0.00
102014	1	240.00
102014	2	240.00
102014	3	240.00
102014	4	230.00
102014	5	230.00
102014	6	230.00
104135	1	0.00
104135	2	0.00
110053	1	0.00
110053	2	0.00
110053	3	0.00
203045	2	5.10
208043	4	837.00
208073	2	1.65
303025	3	966.00
306003	3	8.35
306040	1	3.16
309023	1	0.00
313031	4	6460.00
313031	6	6460.00
313032	6	6270.00
313033	4	6460.00
313033	6	6460.00
313034	4	7350.00
313034	6	7350.00
313035	4	5780.00
313035	6	5780.00

SUBID	Zeitpunkt	Gewicht (kg)
313036	4	4570.00
313036	6	4570.00
313037	4	5710.00
313037	6	5710.00
313042	4	5430.00
313042	6	5430.00
313043	4	8040.00
313043	6	8040.00
313044	4	671.00
313044	6	6710.00
313045	4	5150.00
313045	6	5150.00
313047	4	6960.00
313047	6	6820.00
313048	4	6270.00
313048	6	6270.00
313049	4	766.00
313049	6	7660.00
313050	4	7640.00
313050	6	7640.00
313052	4	5760.00
313052	6	5760.00
313053	4	7070.00
313053	6	7110.00
313054	4	7050.00
313054	6	7050.00
313055	4	5980.00
313055	6	5980.00
313056	4	8680.00
313056	6	8680.00
313058	4	535.00

SUBID	Zeitpunkt	Gewicht (kg)
313058	6	535.00
313062	4	646.00
313062	6	646.00
313065	6	4430.00
313070	4	7710.00
313070	6	7710.00
315004	5	648.00
315005	5	645.00
315006	5	563.00
315007	5	568.00
401035	1	0.00
401035	2	0.00
401035	3	0.00
401055	1	0.00
401055	2	0.00
401055	3	0.00
404024	1	0.00
404024	2	0.00
404024	3	0.00
405041	6	2.00
409007	1	0.00
409007	2	0.00
409007	3	0.00
409022	1	0.00
409022	2	0.00
409022	3	0.00
409031	1	0.00
409031	3	0.00
501108	4	754.00
501118	2	454.50
502181	6	7.20

SUBID	Zeitpunkt	Gewicht (kg)
503017	1	0.00
503017	2	0.00
503017	3	0.00
503029	1	0.00
503029	2	0.00
503029	3	0.00
504022	1	4.50
508040	1	0.00
508040	3	0.00
508053	2	0.00
509006	5	212.80

Gewichtsunterschiede zwischen den Zeitpunkten: Differenz zwischen den Erhebungswellen

SUBID	Gewicht T0_a	Gewicht T0_b	Gewicht T1	Gewicht T2_a	Gewicht T2_b	Gewicht T3	Gewicht T1 (vor Änderung)	Gewicht T3 (vor Änderung)	Differenz T3-T1 (vor Änderung)	Verhältnis T3/T1 (vor Änderung)	Bemerkung
203037	60.0	60.0	60.0	58.7	58.7	59.0	78.90	.	-19.90	0.74778	geändert
203043	89.0	89.0	89.0	82.0	82.0	82.0	57.00	.	25.00	1.43860	geändert
204017	110.2	110.2	107.1	87.1	87.1	85.0	.	.	-22.10	0.79365	plausibel
204021	87.7	87.7	87.7	86.0	86.0	86.0	.	68	-19.70	0.77537	geändert
204041	52.1	52.1	52.1	51.4	51.4	51.4	24.78	.	26.62	2.07425	geändert
204050	52.4	52.4	52.4	50.6	50.6	50.5	20.70	.	29.80	2.43961	geändert
309028	72.0	70.0	.	69.8	69.4	69.8	50.70	.	19.10	1.37673	geändert
309051	42.6	42.6	41.0	.	83.5	80.9	.	.	39.90	1.97317	geändert
309055	40.1	36.0	36.0	62.0	62.0	62.0	.	.	26.00	1.72222	plausibel
309059	48.3	48.3	48.3	59.8	61.0	59.8	.	.	11.50	1.23810	plausibel
309068	53.8	53.8	53.8	70.5	69.8	70.5	.	.	16.70	1.31041	plausibel
311004	114.0	114.0	114.0	109.9	109.9	109.5	151.00	.	-41.50	0.72517	geändert
311041	88.0	88.0	88.0	53.8	53.8	50.9	.	.	-37.10	0.57841	plausibel
312004	65.2	65.2	65.2	47.5	47.5	47.5	.	.	-17.70	0.72853	plausibel
315004	53.4	53.4	53.4	64.8	.	65.0	.	.	11.60	1.21723	plausibel
401020	70.2	70.2	70.2	53.1	53.1	53.1	.	.	-17.10	0.75641	plausibel
401023	80.2	80.2	80.2	61.3	61.3	61.3	.	.	-18.90	0.76434	plausibel

SUBID	Gewicht T0_a	Gewicht T0_b	Gewicht T1	Gewicht T2_a	Gewicht T2_b	Gewicht T3	Gewicht T1 (vor Änderung)	Gewicht T3 (vor Änderung)	Differenz T3-T1 (vor Änderung)	Verhältnis T3/T1 (vor Änderung)	Bemerkung
406028	70.1	71.0	.	70.1	70.1	70.1	88.70	.	-18.60	0.79030	geändert
409016	77.1	77.1	77.1	58.2	58.9	58.2	.	.	-18.90	0.75486	plausibel
409019	68.2	68.2	68.2	89.5	89.5	89.5	.	.	21.30	1.31232	plausibel
501116	51.0	51.0	51.0	63.3	63.0	66.0	.	.	15.00	1.29412	plausibel
502117	49.3	49.3	49.3	59.4	59.4	59.4	.	.	10.10	1.20487	plausibel
502128	86.3	68.3	86.3	65.0	65.0	65.0	.	.	-21.30	0.75319	plausibel
505118	65.5	67.0	.	58.0	48.4	48.0	82.90	.	-34.90	0.57901	geändert
507046	93.3	93.3	93.3	112.0	112.0	112.0	.	.	18.70	1.20043	plausibel
507061	46.4	46.4	46.4	56.9	56.9	59.5	.	.	13.10	1.28233	plausibel
507075	42.0	42.0	42.0	41.0	41.0	41.0	24.00	.	17.00	1.70833	geändert
510001	73.5	73.5	71.3	82.0	82.0	88.0	.	.	16.70	1.23422	plausibel
516004	46.0	46.0	46.0	46.0	46.0	46.0	64.00	.	-18.00	0.71875	geändert
516057	41.6	41.6	41.6	33.2	33.0	33.0	.	.	-8.60	0.79327	plausibel

Gewichtsunterschiede zwischen den Zeitpunkten: Differenz innerhalb der Erhebungswellen

SUBID	Gewicht T0_a	Gewicht T0_b	Gewicht T1	Gewicht T2_a	Gewicht T2_b	Gewicht T3	abs. Diff. T1-T0_a	abs. Diff. T0_a-T0_b	abs. Diff. T3-T2_a	abs. Diff. T2_a-T2_b
101001	52.70	52.70	53.20	58.50	86.45	58.50	0.5	0.00	0.00	27.95
101037	.	.	.	69.35	74.50	69.35	.	.	0.00	5.15
102041	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	94.00	0.0	0.00	6.00	0.00
102045	87.00	87.00	87.00	87.00	87.00	75.00	0.0	0.00	12.00	0.00
102060	79.00	79.00	85.00	85.00	85.00	82.00	6.0	0.00	3.00	0.00
102064	75.00	75.00	75.00	78.00	78.00	73.00	0.0	0.00	5.00	0.00
104136	60.90	96.90	60.90	.	.	.	0.0	36.00	.	.
105034	72.30	72.20	72.30	68.00	68.00	62.00	0.0	0.10	6.00	0.00
105042	56.40	76.40	56.40	59.00	59.00	59.00	0.0	20.00	0.00	0.00
105047	77.30	77.30	77.30	81.00	71.00	70.00	0.0	0.00	11.00	10.00
106020	59.70	60.00	59.70	65.90	65.90	56.90	0.0	0.30	9.00	0.00
106031	82.50	82.50	82.50	70.00	70.00	82.50	0.0	0.00	12.50	0.00
107102	77.00	68.50	66.90	69.30	69.30	69.00	10.1	8.50	0.30	0.00
107105	70.00	70.00	70.00	58.00	58.00	73.00	0.0	0.00	15.00	0.00
107106	72.50	72.50	74.80	85.00	85.00	75.00	2.3	0.00	10.00	0.00
107110	63.20	63.20	53.60	.	.	.	9.6	0.00	.	.
107112	.	.	.	34.00	34.00	62.00	.	.	28.00	0.00
107114	.	.	.	30.00	30.00	82.00	.	.	52.00	0.00
108028	55.40	55.40	56.20	53.00	53.00	48.00	0.8	0.00	5.00	0.00
202005	91.60	91.60	86.30	.	.	.	5.3	0.00	.	.
202015	84.90	59.50	85.10	.	.	.	0.2	25.40	.	.
203021	80.00	80.00	80.00	80.00	85.00	80.00	0.0	0.00	0.00	5.00
203035	61.00	61.10	78.90	67.10	67.10	68.00	17.9	0.10	0.90	0.00
203050	46.00	46.00	61.70	51.80	51.80	52.00	15.7	0.00	0.20	0.00
203052	66.80	66.80	61.00	68.70	68.70	69.00	5.8	0.00	0.30	0.00
204035	56.60	56.60	56.60	56.10	56.10	65.00	0.0	0.00	8.90	0.00
204039	72.20	72.20	72.20	60.30	65.30	65.50	0.0	0.00	5.20	5.00
204058	98.30	98.30	98.30	95.10	95.10	89.00	0.0	0.00	6.10	0.00
204082	.	.	.	54.40	54.40	43.50	.	.	10.90	0.00

SUBID	Gewicht T0_a	Gewicht T0_b	Gewicht T1	Gewicht T2_a	Gewicht T2_b	Gewicht T3	abs. Diff. T1-T0_a	abs. Diff. T0_a-T0_b	abs. Diff. T3-T2_a	abs. Diff. T2_a-T2_b
207042	.	.	.	78.10	73.00	78.10	.	.	0.00	5.10
208014	76.30	66.70	76.30	.	.	.	0.0	9.60	.	.
208018	160.00	59.00	160.00	59.00	59.00	59.00	0.0	101.00	0.00	0.00
208037	52.50	57.70	52.50	.	.	.	0.0	5.20	.	.
208042	89.10	94.60	89.10	102.10	102.10	102.10	0.0	5.50	0.00	0.00
210011	80.30	.	73.70	80.00	80.00	80.00	6.6	.	0.00	0.00
210015	61.30	.	67.70	.	.	.	6.4	.	.	.
210043	81.00	.	87.70	78.80	78.80	78.80	6.7	.	0.00	0.00
210067	43.00	.	36.00	35.50	35.50	35.50	7.0	.	0.00	0.00
301010	114.00	114.00	114.00	126.50	121.00	121.00	0.0	0.00	5.50	5.50
303008	79.10	79.10	157.00	.	.	.	77.9	0.00	.	.
303031	58.20	74.70	58.20	59.40	59.40	59.40	0.0	16.50	0.00	0.00
303055	89.20	82.20	88.60	85.10	85.10	85.10	0.6	7.00	0.00	0.00
303069	74.70	58.20	74.70	74.10	74.10	74.10	0.0	16.50	0.00	0.00
303078	72.50	72.50	64.70	66.70	66.70	66.70	7.8	0.00	0.00	0.00
303091	67.60	61.60	61.60	57.00	57.00	57.00	6.0	6.00	0.00	0.00
303106	88.00	88.00	88.00	88.10	.	81.90	0.0	0.00	6.20	.
304008	61.50	.	53.10	53.80	53.00	52.00	8.4	.	1.80	0.80
304025	72.10	72.10	72.10	68.20	86.20	68.20	0.0	0.00	0.00	18.00
304085	.	.	.	91.70	91.70	103.50	.	.	11.80	0.00
305003	74.00	75.90	79.90	74.80	74.80	74.80	5.9	1.90	0.00	0.00
305005	53.00	52.50	59.50	50.60	50.60	50.60	6.5	0.50	0.00	0.00
305012	56.50	51.30	56.20	56.60	58.50	58.50	0.3	5.20	1.90	1.90
305048	68.70	62.40	63.40	58.40	57.70	57.70	5.3	6.30	0.70	0.70
305072	47.80	46.50	46.50	43.60	65.50	42.10	1.3	1.30	1.50	21.90
305080	87.00	88.70	86.90	83.10	88.10	87.70	0.1	1.70	4.60	5.00
306008	41.30	67.30	41.30	44.90	44.90	44.90	0.0	26.00	0.00	0.00
306022	69.60	69.60	69.60	76.00	70.00	70.00	0.0	0.00	6.00	6.00
306041	67.40	70.10	76.40	67.90	67.90	67.90	9.0	2.70	0.00	0.00
307003	.	.	.	74.40	84.40	84.00	.	.	9.60	10.00

SUBID	Gewicht T0_a	Gewicht T0_b	Gewicht T1	Gewicht T2_a	Gewicht T2_b	Gewicht T3	abs. Diff. T1-T0_a	abs. Diff. T0_a-T0_b	abs. Diff. T3-T2_a	abs. Diff. T2_a-T2_b
307048	.	.	.	83.20	69.00	71.00	.	.	12.20	14.20
308027	59.80	59.80	69.80	.	58.40	57.70	10.0	0.00	.	.
308031	26.90	62.90	63.10	61.50	61.50	61.50	36.2	36.00	0.00	0.00
309032	83.00	83.00	88.00	.	.	.	5.0	0.00	.	.
309047	110.00	110.00	115.30	111.90	112.50	111.90	5.3	0.00	0.00	0.60
309054	67.40	67.40	56.00	56.10	56.10	56.10	11.4	0.00	0.00	0.00
309070	120.00	125.00	125.00	113.30	113.30	113.30	5.0	5.00	0.00	0.00
310064	76.90	67.90	76.90	81.20	81.20	81.20	0.0	9.00	0.00	0.00
311009	96.00	69.00	70.00	71.40	71.40	71.40	26.0	27.00	0.00	0.00
312021	117.50	117.50	122.60	122.00	122.00	122.00	5.1	0.00	0.00	0.00
312038	60.60	69.60	69.60	68.80	68.80	68.80	9.0	9.00	0.00	0.00
312052	83.40	78.40	83.40	.	.	.	0.0	5.00	.	.
313004	63.40	52.50	63.40	.	.	.	0.0	10.90	.	.
313011	55.80	55.80	64.30	54.00	54.00	54.00	8.5	0.00	0.00	0.00
314002	53.50	53.50	35.50	.	.	.	18.0	0.00	.	.
315003	99.00	99.00	104.40	102.00	102.00	103.00	5.4	0.00	1.00	0.00
316001	143.00	.	114.90	112.00	113.20	112.00	28.1	.	0.00	1.20
316021	53.50	53.50	53.50	56.00	.	61.50	0.0	0.00	5.50	.
317009	115.70	115.70	115.70	99.00	99.00	104.40	0.0	0.00	5.40	0.00
318010	48.50	48.50	48.50	48.20	76.00	48.20	0.0	0.00	0.00	27.80
401052	87.10	87.10	87.10	78.80	84.60	84.60	0.0	0.00	5.80	5.80
402021	64.00	82.00	64.00	.	.	.	0.0	18.00	.	.
402037	40.80	40.80	33.30	.	.	.	7.5	0.00	.	.
405010	80.00	62.10	60.30	62.00	62.00	62.00	19.7	17.90	0.00	0.00
405035	84.30	91.10	84.20	.	.	.	0.1	6.80	.	.
406001	41.90	47.30	41.00	.	.	.	0.9	5.40	.	.
406009	69.00	96.00	68.70	73.20	73.20	73.20	0.3	27.00	0.00	0.00
406013	49.80	60.30	49.90	.	.	.	0.1	10.50	.	.
407075	82.30	72.50	81.70	.	.	.	0.6	9.80	.	.
409038	.	.	.	83.50	90.50	83.50	.	.	0.00	7.00

SUBID	Gewicht T0_a	Gewicht T0_b	Gewicht T1	Gewicht T2_a	Gewicht T2_b	Gewicht T3	abs. Diff. T1-T0_a	abs. Diff. T0_a-T0_b	abs. Diff. T3-T2_a	abs. Diff. T2_a-T2_b
501108	54.00	45.50	55.00	.	55.00	54.40	1.0	8.50	.	.
501110	76.00	76.00	69.00	63.80	64.00	64.40	7.0	0.00	0.60	0.20
501126	73.00	97.00	97.00	87.60	87.60	85.00	24.0	24.00	2.60	0.00
502126	68.60	68.60	68.60	61.80	61.80	81.80	0.0	0.00	20.00	0.00
502128	86.30	68.30	86.30	65.00	65.00	65.00	0.0	18.00	0.00	0.00
502168	53.80	66.30	53.80	47.00	47.00	47.00	0.0	12.50	0.00	0.00
504013	63.60	83.60	83.60	82.20	82.20	82.20	20.0	20.00	0.00	0.00
505115	66.30	66.30	66.30	77.00	66.90	66.00	0.0	0.00	11.00	10.10
505118	65.50	67.00	65.50	58.00	48.40	48.00	0.0	1.50	10.00	9.60
507047	88.80	88.80	89.20	87.00	87.00	74.00	0.4	0.00	13.00	0.00
507050	68.00	68.00	60.00	.	.	.	8.0	0.00	.	.
507059	.	.	.	102.00	102.00	95.20	.	.	6.80	0.00
508002	65.20	75.20	65.20	74.70	74.70	74.70	0.0	10.00	0.00	0.00
508006	62.00	48.70	62.00	.	.	.	0.0	13.30	.	.
508020	89.10	83.70	89.10	.	.	.	0.0	5.40	.	.
508044	51.70	51.70	46.60	44.90	44.90	44.90	5.1	0.00	0.00	0.00
508089	64.00	51.00	51.00	.	.	.	13.0	13.00	.	.
509009	63.00	63.00	63.00	58.40	65.50	58.40	0.0	0.00	0.00	7.10
510001	73.50	73.50	71.30	82.00	82.00	88.00	2.2	0.00	6.00	0.00
510027	64.20	78.00	64.20	64.00	64.00	64.00	0.0	13.80	0.00	0.00
510111	66.00	60.00	66.00	.	.	.	0.0	6.00	.	.
514001	53.50	53.50	66.10	.	.	.	12.6	0.00	.	.
514021	59.70	59.70	59.70	47.70	57.70	57.70	0.0	0.00	10.00	10.00
515006	75.00	74.15	75.00	74.70	69.40	70.70	0.0	0.85	4.00	5.30
515014	79.65	74.80	79.65	72.70	64.40	73.35	0.0	4.85	0.65	8.30
515026	81.00	81.00	81.00	75.65	86.20	75.60	0.0	0.00	0.05	10.55
515027	59.60	67.25	59.60	.	.	.	0.0	7.65	.	.
515033	81.00	81.70	88.20	.	.	.	7.2	0.70	.	.
515043	.	.	.	66.70	98.70	90.40	.	.	23.70	32.00
516005	67.30	67.30	76.30	67.10	67.10	67.10	9.0	0.00	0.00	0.00

SUBID	Gewicht T0_a	Gewicht T0_b	Gewicht T1	Gewicht T2_a	Gewicht T2_b	Gewicht T3	abs. Diff. T1-T0_a	abs. Diff. T0_a-T0_b	abs. Diff. T3-T2_a	abs. Diff. T2_a-T2_b
516012	55.00	55.00	71.50	.	.	.	16.5	0.00	.	.
516016	72.50	72.50	72.50	71.80	81.00	71.80	0.0	0.00	0.00	9.20
516043	78.40	78.40	71.20	69.40	69.40	68.90	7.2	0.00	0.50	0.00
519105	93.00	81.40	81.40	.	.	.	11.6	11.60	.	.
519115	68.90	75.20	75.20	75.20	75.20	76.10	6.3	6.30	0.90	0.00
519139	72.90	67.00	68.00	.	.	.	4.9	5.90	.	.
519141	75.30	68.20	68.20	.	.	.	7.1	7.10	.	.

Alter nicht im plausiblen Range

SUBID	Alter T0_a	Alter T0_b	Alter T1	Alter T2_a	Alter T2_b	Alter T3
101002	80	80	80	80	80	0
102007	0	54	54	54	54	54
102026	-12	-12	-12	88	88	-12
102035	53	53	53	53	1820	53
102040	79	79	0	79	79	79
102062	-11	-11	-11	-11	89	-11
102070	.	.	.	0	63	63
105047	90	90	90	90	-10	90
106012	87	-13	87	87	87	87
106030	988	88	88	.	.	.
107101	72	72	72	0	0	72
107114	.	.	.	0	0	30
108003	84	84	84	84	0	84
108006	-5	95	-5	95	95	95
108013	-11	89	-11	.	.	.
108014	-5	95	-5	95	95	95
108017	-8	92	-8	.	.	.
108018	0	100	0	100	100	100
108032	87	87	87	87	-13	-13
110011	85	85	0	.	.	.
110029	987	87	87	.	.	.
110030	67	67	0	.	.	.
110031	985	86	85	.	.	.
110056	977	77	77	.	.	.
110058	83	83	0	.	.	.
110061	90	90	-910	.	.	.
201026	93	-7	.	.	.	.
201077	88	-12	.	.	.	.
201094	992	92	92	.	.	.
201102	-7	93	.	.	.	.

SUBID	Alter T0_a	Alter T0_b	Alter T1	Alter T2_a	Alter T2_b	Alter T3
201105	102	2	.	.	.	.
202008	0	82	82	.	.	.
202016	-10	90	-10	.	.	.
202018	88	88	-12	.	.	.
202020	-9	-9	.	.	.	.
202021	-9	91	-9	.	.	.
202023	-8	92	-8	.	.	.
202025	89	89	-11	.	.	.
202026	-1	99	-1	.	.	.
202903	.	.	.	82	0	82
202914	.	.	.	77	77	0
202915	.	.	.	79	.	1
202916	.	.	.	-10	.	-10
202918	.	.	.	-12	.	-12
202921	.	.	.	-9	.	-9
202923	.	.	.	-8	.	-8
202925	.	.	.	89	.	-11
202926	.	.	.	-1	.	-1
202931	.	.	.	0	83	.
203005	91	91	91	-9	0	91
203007	984	84	84	84	84	84
203013	101	101	101	1	101	1
203014	88	88	88	-12	88	-12
203016	59	59	59	59	0	59
203017	91	-9	91	-9	91	91
203020	88	-12	88	88	88	88
203022	87	87	87	87	87	0
203023	95	95	95	95	95	-5
203031	54	54	54	0	0	54
203035	89	-11	-11	89	0	89
203037	85	85	50	85	0	85

SUBID	Alter T0_a	Alter T0_b	Alter T1	Alter T2_a	Alter T2_b	Alter T3
203038	87	87	87	87	87	-13
203043	78	-12	78	78	78	78
203049	94	-6	-6	94	94	94
203050	85	85	-6	85	85	85
203051	93	-7	-7	93	93	-7
203052	87	-13	-7	87	87	-13
203055	93	-7	93	93	93	93
203056	77	977	85	.	.	.
203058	973	67	73	73	73	0
203059	90	-10	90	90	90	-10
203060	90	90	90	90	90	-10
203061	87	87	87	87	87	-13
203063	86	86	86	86	86	3
203065	85	85	85	85	0	85
203068	89	89	89	-11	89	89
203070	94	-6	72	-6	94	94
204012	80	80	80	80	79	980
204030	51	51	51	951	51	51
204035	78	78	78	978	85	78
204065	82	79	-921	79	82	82
204077	80	80	80	80	980	80
204081	.	.	.	78	78	0
205035	92	-8	92	.	.	.
205038	94	-6	94	.	.	.
205039	90	-10	90	.	.	.
205040	-6	94	94	.	.	.
205041	-10	90	90	.	.	.
205056	73	82	0	.	.	.
205058	992	92	92	.	.	.
207018	79	79	79	79	0	.
207032	78	78	78	78	0	.

SUBID	Alter T0_a	Alter T0_b	Alter T1	Alter T2_a	Alter T2_b	Alter T3
208019	96	96	.	0	.	.
208035	85	0	.	85	.	.
208055	88	1	.	88	.	.
208059	0	83	.	83	.	.
208061	92	992	.	92	.	.
208091	0	102	.	.	.	.
210001	92	.	992	92	.	.
210006	82	.	82	1823	.	.
210034	70	.	70	970	.	.
210054	80	.	980	80	.	.
301001	88	1	88	.	.	.
301008	82	982	82	82	82	82
301010	72	72	1872	72	72	72
301013	77	79	977	77	77	77
301015	993	93	93	86	86	86
301021	80	80	80	0	80	80
301025	90	990	90	90	90	90
301028	78	78	0	78	78	78
301058	79	79	979	79	79	79
301068	87	87	87	-13	87	87
302008	79	79	0	79	79	79
302018	73	73	73	977	73	73
303001	93	93	93	93	93	-7
303002	90	90	90	90	.	-10
303012	89	89	7	.	.	.
303017	88	0	88	.	.	.
303031	95	85	95	95	.	-5
303034	100	98	98	-2	.	-2
303035	92	92	92	92	.	-8
303038	83	83	83	983	.	83
303039	86	86	86	86	.	1

SUBID	Alter T0_a	Alter T0_b	Alter T1	Alter T2_a	Alter T2_b	Alter T3
303046	88	88	88	3	.	88
303047	96	96	86	96	-4	96
303052	89	89	1089	-11	89	-11
303053	96	96	96	96	96	-4
303059	78	78	1078	.	.	.
303065	88	88	88	-12	88	88
303066	93	93	93	-7	93	-7
303070	87	91	87	-13	87	-13
303071	89	89	89	0	.	-11
303076	-22	78	78	78	78	78
303077	-12	88	88	90	88	-9
303078	87	87	87	-13	87	-13
303080	96	96	96	96	.	-4
303081	93	93	93	89	.	-7
303083	88	88	88	-12	88	96
303084	88	88	88	-12	.	-12
303085	95	95	95	-5	.	-5
303089	88	88	88	-12	.	-12
303090	94	94	94	94	.	-6
303094	1092	92	92	-8	.	-8
303095	99	99	99	-1	.	-1
303096	88	88	88	-12	.	-12
303097	84	0	84	84	.	84
303098	80	80	80	80	.	4
303102	88	88	88	88	-12	88
303106	92	92	92	-8	.	92
303109	.	.	.	-6	.	-6
303112	.	.	.	25	.	-5
303115	.	.	.	-12	.	-12
303116	.	.	.	-13	87	87
304001	.	.	.	-9	91	-9

SUBID	Alter T0_a	Alter T0_b	Alter T1	Alter T2_a	Alter T2_b	Alter T3
304003	-5	.	.	-5	95	-5
304009	.	.	.	0	76	76
304018	.	.	.	91	91	-9
304031	95	95	95	-5	95	0
304032	.	.	.	-8	-8	-8
304051	-10	.	-10	-10	90	-10
304070	85	.	.	85	85	6
304084	.	.	.	2	2	102
304086	-9	.	-9	-9	91	-9
304096	.	.	.	96	96	-4
304102	.	.	.	0	89	0
304104	.	.	.	79	79	0
305002	90	-10	90	90	90	90
305005	92	-8	92	92	92	92
305006	92	-8	-8	.	.	.
305010	88	-12	-12	88	88	88
305013	89	-11	-11	89	89	89
305014	88	-12	-12	88	88	88
305015	-3	-3	-3	97	97	97
305017	-6	-6	-6	94	94	94
305018	-12	-12	-12	988	88	88
305020	89	-11	-11	.	.	.
305023	93	-7	-7	93	93	93
305024	91	-9	91	91	91	-909
305026	87	-13	-13	87	87	87
305027	78	-12	-12	88	88	88
305030	94	-6	-6	94	94	94
305034	90	-10	90	.	.	.
305040	88	88	88	88	-12	88
305041	97	97	97	97	-3	97
305042	105	105	105	105	5	105

SUBID	Alter T0_a	Alter T0_b	Alter T1	Alter T2_a	Alter T2_b	Alter T3
305043	95	95	95	95	-5	95
305044	110	91	91	91	-9	91
305046	89	89	89	89	-11	89
305048	97	97	97	97	-3	97
305049	96	96	96	96	-4	96
305050	89	89	89	89	-11	89
305052	92	92	92	92	-8	92
305054	98	98	98	98	-2	98
305056	92	92	92	92	-8	92
305058	95	95	95	95	-5	95
305059	99	99	99	99	-1	99
305061	87	87	87	87	-13	87
305062	-5	95	95	.	.	.
305063	91	91	91	91	-9	91
305064	93	93	93	93	-7	93
305065	86	86	0	86	86	86
305067	102	102	102	102	2	102
305068	91	91	91	91	-9	91
305070	91	91	91	91	-9	91
305072	96	96	96	96	-4	96
305073	93	93	93	93	-7	93
305098	5	95	95	95	95	95
306019	89	89	89	89	0	89
306021	89	89	0	89	89	89
306028	1	80	80	80	80	80
306032	0	100	100	.	.	82
307028	.	.	.	986	86	86
307038	.	.	.	90	90	-10
307040	.	.	.	89	89	989
307045	.	.	.	93	93	993
308004	92	92	92	92	.	192

SUBID	Alter T0_a	Alter T0_b	Alter T1	Alter T2_a	Alter T2_b	Alter T3
309010	94	94	94	94	-6	94
309014	92	92	92	92	-8	92
309019	98	98	98	-2	98	98
309020	80	80	80	80	80	0
309033	87	87	87	3	87	87
309039	98	98	98	98	.	5
309069	97	97	97	-3	97	97
309307	.	.	.	90	1890	90
310003	0	87	87	87	87	87
310005	-919	81	81	81	81	81
310017	84	84	-916	84	84	84
310019	96	96	96	96	1824	96
310024	86	86	86	86	3	86
310038	84	84	82	84	984	84
310039	90	90	-10	90	90	90
310046	71	71	71	0	71	100
310053	81	81	81	81	0	81
310055	0	100	0	100	100	100
310057	89	89	0	89	89	89
310066	82	982	82	82	82	82
310071	.	.	.	78	0	78
310078	.	.	.	102	102	2
311004	78	-22	78	78	78	78
311044	.	.	.	84	84	0
312007	94	94	94	-6	94	94
312012	97	97	-3	97	97	97
312016	83	83	0	83	83	83
312027	85	85	85	85	85	985
312039	80	80	0	80	80	80
312056	82	82	0	82	82	82
313006	92	92	-8	92	.	92

SUBID	Alter T0_a	Alter T0_b	Alter T1	Alter T2_a	Alter T2_b	Alter T3
313007	100	100	0	100	.	0
313013	78	78	-22	78	.	78
313018	82	1	82	82	.	82
313023	88	88	88	0	.	88
313027	90	90	90	0	.	-4
313029	77	77	-23	77	.	77
313031	0	75	75	75	.	75
313042	0	91	91	91	.	91
313052	89	89	1819	89	.	89
313064	.	.	.	94	.	0
314007	89	89	89	89	-11	-11
314008	94	94	94	94	-6	-6
314009	89	-11	89	.	.	.
314012	90	90	90	90	-10	-10
314015	96	96	96	96	-4	-4
314016	90	90	90	90	-10	-10
314019	94	94	94	94	-6	-6
314021	88	88	88	88	-12	-12
314022	93	93	93	93	-7	-7
315002	78	78	78	78	78	0
315007	74	74	74	970	70	70
315008	0	0	0	.	.	.
315009	74	74	74	0	74	74
315029	0	89	89	.	.	.
316002	47	.	47	47	47	0
316009	76	.	76	76	0	76
316010	61	.	61	0	61	61
316012	64	.	64	0	64	64
316017	78	.	78	78	.	0
317003	85	85	0	85	85	85
317006	.	87	87	87	87	987

SUBID	Alter T0_a	Alter T0_b	Alter T1	Alter T2_a	Alter T2_b	Alter T3
318010	32	932	32	26	4	26
401001	88	88	88	88	81	-19
401002	80	80	80	80	73	-27
401005	94	94	94	0	87	94
401008	91	91	0	.	.	.
401014	70	70	70	0	63	70
401018	88	88	0	.	.	.
401030	92	92	992	0	85	92
401041	83	83	83	83	-24	83
401059	.	.	.	88	81	-19
401060	.	.	.	94	-7	-13
402007	-11	89	89	89	89	89
402037	91	-9	91	.	.	.
402039	97	97	997	.	.	.
402042	98	98	-2	.	.	.
403005	83	83	0	83	.	.
403010	76	76	0	76	.	.
403012	97	1	97	97	.	.
404006	83	0	83	.	.	.
404007	95	95	95	95	5	95
404022	.	.	.	0	86	86
404023	.	.	.	90	90	0
404027	78	78	0	.	.	.
404029	.	.	.	90	0	90
404034	81	0	81	81	81	0
404039	91	-9	91	91	91	91
405039	.	.	.	75	-925	75
406007	0	87	87	87	87	87
406018	85	1	85	85	85	85
406022	87	87	87	87	0	87
406023	94	94	94	94	94	0

SUBID	Alter T0_a	Alter T0_b	Alter T1	Alter T2_a	Alter T2_b	Alter T3
406033	93	93	93	.	0	.
406036	.	.	.	87	0	87
407019	-12	88	88	.	.	.
407044	-11	89	89	.	.	.
408010	87	-13	87	.	.	.
408011	93	-7	93	.	.	.
409003	83	83	83	83	83	0
409004	91	91	91	91	91	0
409010	.	.	.	68	68	2
501119	0	91	91	91	91	91
502122	1081	81	81	.	.	.
502123	0	86	86	86	86	86
502133	84	84	0	.	.	.
502141	88	88	0	88	88	88
502149	80	80	.	80	-920	80
502161	0	87	.	87	87	87
502166	66	203	.	66	66	66
502169	90	0	.	90	90	90
502174	.	.	.	85	85	-15
503001	88	88	88	988	88	88
503005	86	86	2	86	86	86
503031	85	85	85	85	85	985
504020	91	-9	91	91	91	91
504022	87	87	87	987	87	87
504030	73	0	73	73	73	73
504032	88	0	88	88	88	88
504037	83	0	83	83	83	83
505114	1882	95	95	95	95	95
505116	80	80	80	80	80	0
505129	78	78	-22	.	.	.
507054	92	92	92	92	-8	92

SUBID	Alter T0_a	Alter T0_b	Alter T1	Alter T2_a	Alter T2_b	Alter T3
507056	88	88	88	88	-12	88
507061	88	88	-12	88	-12	88
507066	97	97	97	97	97	-3
507083	80	80	80	80	980	80
508002	85	0	85	85	85	.
508009	93	0	0	.	93	.
508027	85	85	85	.	0	.
508029	70	0	70	.	70	.
508045	83	.	0	.	77	.
508047	.	.	87	.	0	.
508065	92	.	-8	.	92	.
508068	85	.	0	.	85	.
508073	89	89	-11	.	.	.
508076	.	.	91	.	1	.
508078	.	.	81	.	0	.
508080	-9	91	91	.	91	.
508081	.	.	93	.	1	.
508095	-7	93	93	.	93	.
508096	81	0	81	.	.	.
509018	.	.	.	87	87	0
510017	95	388	.	.	95	.
510029	0	92	.	.	.	.
510031	0	90	90	.	.	.
510060	0	.	79	79	79	79
510061	194	94	94	.	.	.
510062	0	89	89	.	89	89
510063	87	.	87	.	-13	87
510064	69	169	69	.	69	.
510097	0	80	.	.	80	80
510116	.	.	0	.	.	.
512018	0	.	.	.	.	.

SUBID	Alter T0_a	Alter T0_b	Alter T1	Alter T2_a	Alter T2_b	Alter T3
512021	0	73	.	.	.	.
512057	0	.	.	.	.	.
512059	0	.	.	.	.	.
513011	91	91	991	91	91	91
514001	-9	91	91	.	.	.
514002	-7	93	93	93	93	-7
514003	91	91	-9	91	91	91
514004	89	89	-11	89	89	89
514005	-5	95	-5	87	95	95
514007	-11	89	89	89	89	89
514008	-8	92	-8	-8	92	-8
514013	-9	91	91	91	91	91
514015	92	92	-8	92	92	92
514016	94	94	-6	94	94	94
514019	-9	91	-9	91	91	91
514021	-3	97	-3	97	97	-3
514022	-11	89	-11	89	44	89
514023	89	89	-11	.	.	.
515002	88	88	88	-5	88	-12
515003	98	98	98	-2	98	-2
515004	95	95	95	-5	95	-5
515005	93	93	93	-7	93	-7
515006	77	77	77	77	77	-13
515012	-910	90	90	90	90	-10
515013	87	87	87	-13	87	-13
515020	1	84	77	77	77	77
515021	86	86	86	86	0	86
515022	91	91	91	91	91	-9
515024	88	88	88	-12	88	-12
515035	87	87	87	-13	87	-13

SUBID	Alter T0_a	Alter T0_b	Alter T1	Alter T2_a	Alter T2_b	Alter T3
515040	.	.	.	-13	87	-13
515045	.	.	.	-13	87	-13
516017	997	97	97	97	97	97
516025	85	85	0	85	85	85
516027	91	91	91	91	991	91
516029	85	85	85	0	85	85
516032	988	88	88	88	88	88
516035	981	81	81	81	81	81
516054	-925	75	75	75	75	75
517002	98	98	98	-2	98	.
517018	78	78	0	78	78	.
517020	88	88	-12	88	88	.
517027	89	89	89	-11	89	.
517029	78	178	78	.	.	.
517030	88	88	80	-12	88	.
517038	.	.	.	-13	87	.
517040	.	.	.	0	88	.
517042	.	.	.	-10	90	.
519119	85	0	85	85	85	95
519121	59	0	59	59	59	59
519123	87	87	87	.	-13	.
519137	93	93	93	.	-7	.
519139	88	88	88	.	-12	.
519144	.	.	.	0	85	85

Abgleich Alter zwischen den Zeitpunkten

SUBID	Wert zu T0A	Wert zu T0B	Wert zu T1	Wert zu T2A	Wert zu T2B	Wert zu T3
101001	94	94	94	94	80	.
101026	87	87	87	88	87	87
101028	82	79	79	79	79	79
101029	78	78	78	33	78	78
102036	68	68	68	68	30	68
102060	58	65	58	65	65	65
104102	69	71	.	.	.	.
104125	87	91	.	.	.	.
105001	95	75	95	95	95	95
105025	89	94	89	89	89	89
105041	80	90	80	80	80	80
105043	90	90	90	90	95	90
105054	.	.	.	82	85	82
106010	89	89	89	92	89	92
107113	.	.	.	85	85	84
110015	75	85	75	.	.	.
110031	.	86	85	.	.	.
202011	89	93	93	.	.	.
202028	85	77	77	.	.	.
203001	78	88	78	78	78	78
203008	89	89	89	89	89	59
203037	85	85	50	85	.	85
203056	77	.	85	.	.	.
203058	.	67	73	73	73	.
203070	94	.	72	.	94	94
203071	.	.	.	80	81	81
204003	82	82	82	82	82	86
204008	89	89	89	89	89	92
204010	87	95	.	.	.	.
204012	80	80	80	80	79	.

SUBID	Wert zu T0A	Wert zu T0B	Wert zu T1	Wert zu T2A	Wert zu T2B	Wert zu T3
204035	78	78	78	.	85	78
204059	78	78	78	78	78	77
204060	94	93	94	.	.	.
204065	82	79	.	79	82	82
204068	87	87	87	89	89	87
204072	61	59	61	61	61	61
204090	.	.	.	85	33	85
204092	.	.	.	92	92	94
205056	73	82	.	.	.	.
207012	87	87	87	90	90	.
207031	74	75	75	75	75	.
208008	74	84	84	84	.	.
208010	65	65	.	45	.	.
208031	92	92	.	95	.	.
208077	100	90	.	100	.	.
209006	87	91	87	.	.	.
210022	76	.	76	86	.	.
210061	86	.	90	90	.	.
210070	87	.	87	88	.	.
210071	85	.	85	84	.	.
301013	77	79	.	77	77	77
301015	.	93	93	86	86	86
301016	83	93	83	83	83	83
301030	84	84	84	84	84	93
301191	.	.	.	73	82	82
302010	81	81	80	81	81	81
302017	85	84	85	85	85	85
303003	77	84	84	84	84	84
303007	61	81	61	61	61	61
303010	92	92	92	92	89	92
303027	95	95	95	95	.	91

SUBID	Wert zu T0A	Wert zu T0B	Wert zu T1	Wert zu T2A	Wert zu T2B	Wert zu T3
303031	95	85	95	95	.	.
303034	100	98	98	.	.	.
303042	86	86	86	86	81	86
303047	96	96	86	96	.	96
303056	82	82	82	77	.	77
303069	85	95	85	85	85	85
303070	87	91	87	.	87	.
303072	91	90	90	.	.	.
303075	75	75	102	75	.	75
303077	.	88	88	90	88	.
303081	93	93	93	89	.	.
303083	88	88	88	.	88	96
304025	84	.	.	80	80	80
305003	85	55	55	55	55	55
305027	78	.	.	88	88	88
305044	110	91	91	91	.	91
305088	89	83	83	.	.	.
306006	91	88	91	91	91	91
306032	.	100	100	.	.	82
306036	91	91	91	91	91	84
306049	81	81	81	80	81	81
307009	.	.	.	55	68	68
307044	.	.	.	74	74	75
308040	77	77	83	.	77	.
309008	97	91	97	.	.	.
309026	90	79	79	79	79	79
309035	81	81	81	81	80	81
309037	.	90	.	85	85	85
309051	83	83	83	96	96	96
309057	95	95	95	76	76	76
309059	90	90	90	87	87	87

SUBID	Wert zu T0A	Wert zu T0B	Wert zu T1	Wert zu T2A	Wert zu T2B	Wert zu T3
309062	76	76	76	86	86	86
309068	91	91	91	90	90	90
310026	88	88	88	93	88	93
310038	84	84	82	84	.	84
310046	71	71	71	.	71	100
310059	54	90	90	.	.	.
311013	82	82	73	73	73	73
311026	87	87	87	87	90	87
311028	86	77	86	86	86	86
311045	83	83	87	.	.	.
312005	75	75	74	75	75	75
312010	94	85	85	85	85	85
312015	81	81	81	81	31	81
312032	92	87	87	92	92	92
313014	73	73	73	73	.	82
314003	75	25	75	75	75	75
315001	62	62	62	62	71	71
315007	74	74	74	.	70	70
315010	84	84	84	83	84	84
315020	89	89	89	.	98	.
316001	76	.	76	75	76	76
316031	57	.	50	57	.	57
318001	68	68	68	62	68	62
318002	64	64	64	58	64	58
318004	27	27	27	21	27	21
318005	58	58	58	52	58	52
318006	55	55	55	49	55	49
318007	46	46	46	40	46	40
318008	50	50	50	44	50	44
318009	62	62	62	56	62	56
318010	32	.	32	26	.	26

SUBID	Wert zu T0A	Wert zu T0B	Wert zu T1	Wert zu T2A	Wert zu T2B	Wert zu T3
318011	28	28	28	22	28	22
318012	36	36	36	30	36	30
318013	.	.	.	18	24	18
401001	88	88	88	88	81	.
401002	80	80	80	80	73	.
401003	91	91	91	91	84	91
401004	80	80	80	.	73	.
401005	94	94	94	.	87	94
401007	82	82	92	82	75	82
401009	81	81	82	82	74	81
401010	79	79	79	79	72	79
401011	84	84	84	84	77	84
401012	80	80	80	80	73	80
401013	87	87	87	87	80	87
401014	70	70	70	.	63	70
401015	93	93	93	93	86	93
401017	89	89	89	89	82	89
401019	94	91	91	91	84	91
401020	89	89	89	89	82	89
401022	87	87	87	87	80	87
401023	76	76	76	76	69	76
401024	89	89	89	89	82	89
401025	88	91	91	91	84	91
401026	85	85	85	85	78	85
401027	87	87	87	87	80	87
401028	80	80	80	80	73	80
401029	92	92	92	92	85	92
401030	92	92	.	.	85	92
401031	84	84	84	84	77	84
401032	89	89	89	89	82	89
401033	96	96	96	96	89	96

SUBID	Wert zu T0A	Wert zu T0B	Wert zu T1	Wert zu T2A	Wert zu T2B	Wert zu T3
401034	78	78	78	78	71	78
401035	95	95	95	95	88	95
401036	78	78	78	78	71	78
401037	91	91	91	91	84	91
401039	64	64	64	64	57	64
401042	71	71	71	71	76	71
401043	101	101	101	101	94	101
401044	78	78	78	78	71	78
401045	91	91	91	91	84	91
401046	92	92	92	92	85	92
401049	80	80	80	80	73	80
401050	86	86	86	86	79	86
401051	79	79	79	79	72	79
401052	75	75	75	75	68	75
401053	92	92	92	92	85	92
401054	92	92	92	92	85	92
401055	77	77	77	77	70	77
401056	89	89	89	89	82	89
401057	88	88	88	88	81	88
401059	.	.	.	88	81	.
401061	.	.	.	81	74	81
401062	.	.	.	81	74	81
401063	.	.	.	88	81	88
401064	.	.	.	89	82	89
401065	.	.	.	94	87	94
401066	.	.	.	62	55	62
401067	.	.	.	90	83	90
401068	.	.	.	77	70	77
401069	.	.	.	73	66	73
401070	.	.	.	90	83	90
402002	90	90	90	90	90	87

SUBID	Wert zu T0A	Wert zu T0B	Wert zu T1	Wert zu T2A	Wert zu T2B	Wert zu T3
402021	82	83	82	.	.	.
402026	87	87	94	87	87	87
402031	84	84	82	84	84	84
402033	89	89	89	89	89	95
403015	90	100	100	100	.	.
403028	80	80	90	80	.	.
404009	82	82	82	82	82	95
404013	81	81	81	63	81	81
404035	79	79	89	79	79	79
405014	77	77	77	93	93	77
405021	79	77	79	79	79	79
405027	54	54	54	63	54	.
407023	75	67	75	.	.	.
407075	65	80	65	.	.	.
409024	.	83	.	.	68	.
501114	75	75	75	84	84	84
501118	92	91	92	92	92	92
501131	.	.	.	87	90	87
502118	87	101	87	87	87	87
502127	87	87	87	98	87	98
502137	91	91	91	92	91	91
502146	80	80	15	80	80	80
502150	91	91	.	91	91	90
502159	.	75	.	73	73	73
503002	87	87	87	89	87	87
503036	94	92	94	94	94	94
503060	90	90	90	90	90	93
504005	100	98	98	98	98	98
504025	91	91	91	89	89	91
505118	54	90	90	90	90	90
505119	79	79	89	79	79	79

SUBID	Wert zu T0A	Wert zu T0B	Wert zu T1	Wert zu T2A	Wert zu T2B	Wert zu T3
507045	87	87	87	87	87	91
507076	99	99	99	99	102	99
507077	74	74	92	74	74	74
507081	82	82	74	74	74	74
507089	.	.	.	89	91	91
508003	96	96	96	94	.	.
508007	94	94	.	86	.	.
508013	86	81	86	.	.	.
508019	90	91	90	.	90	.
508021	82	82	.	.	73	.
508045	83	.	.	.	77	.
508067	78	.	78	.	85	.
508079	83	.	106	.	83	.
509003	81	92	92	92	92	92
509016	75	75	75	75	75	73
510007	89	88	.	.	89	.
510008	89	84	.	89	89	.
510009	96	96	91	96	96	.
510011	90	85	82	85	85	.
510020	88	95	.	.	.	.
510030	93	84	.	.	93	.
510032	86	91	.	.	93	.
510035	90	88	.	.	.	.
512006	85	79	.	.	.	.
512013	88	85	.	.	.	.
514005	.	95	.	87	95	95
514014	89	89	89	.	65	.
514017	73	73	67	73	73	73
514022	.	89	.	89	44	89
515020	.	84	77	77	77	77
515028	86	86	86	86	84	86

SUBID	Wert zu T0A	Wert zu T0B	Wert zu T1	Wert zu T2A	Wert zu T2B	Wert zu T3
516012	95	95	87	.	.	.
516022	83	93	83	83	83	93
516049	93	93	95	93	93	93
517009	87	88	87	.	.	.
517012	79	79	79	89	89	.
517016	74	74	.	88	74	.
517030	88	88	80	.	88	.
517036	.	.	.	91	89	.
519118	95	95	85	95	95	95
519119	85	.	85	85	85	95
519151	.	.	.	88	88	87

Erhebungsdatum

Zeitpunkt: 1=T0_A, 2=T0_B, 3=T1, 4=T2_A, 5=T2_B, 6=T3

SUBID	Zeitpunkt	Bearbeitung des Fragebogens
202024	3	.
302031	2	.
304028	4	.
304062	2	.
305068	4	.
307035	4	.
309031	1	.
318001	4	27.01.2010
318001	6	03.02.2010
318002	4	27.01.2010
318002	6	03.02.2010
318004	4	27.01.2010
318004	6	03.02.2010
318005	4	27.01.2010
318005	6	03.02.2010
318006	4	27.01.2010
318006	6	03.02.2010
318007	4	27.01.2010
318007	6	03.02.2010
318008	4	27.01.2010
318008	6	03.02.2010
318009	4	27.01.2010
318009	6	03.02.2010
318010	4	27.01.2010
318010	6	03.02.2010
318011	4	27.01.2010
318011	6	03.02.2010

SUBID	Zeitpunkt	Bearbeitung des Fragebogens
318012	4	27.01.2010
318012	6	03.02.2010
318013	4	27.01.2010
318013	6	03.02.2010
401001	5	21.12.2009
401001	6	28.12.2009
401002	5	21.12.2009
401002	6	28.12.2009
401003	5	21.12.2009
401004	5	21.12.2009
401005	5	22.12.2009
401007	5	22.12.2009
401009	5	22.12.2009
401010	5	23.12.2009
401011	5	22.12.2009
401012	5	23.12.2009
401013	5	23.12.2009
401014	5	23.12.2009
401015	5	23.12.2009
401017	5	23.12.2009
401019	5	23.12.2009
401020	5	25.12.2009
401022	5	23.12.2009
401023	5	25.12.2009
401024	5	26.12.2009
401025	5	26.12.2009
401026	5	26.12.2009
401027	5	26.12.2009
401028	5	26.12.2009
401029	5	26.12.2009

SUBID	Zeitpunkt	Bearbeitung des Fragebogens
401030	5	26.12.2009
401031	5	27.12.2009
401032	5	27.12.2009
401033	5	27.12.2009
401034	5	27.12.2009
401035	5	27.12.2009
401036	5	26.12.2009
401037	5	26.12.2009
401039	5	26.12.2009
401041	5	27.12.2009
401042	5	27.12.2009
401043	5	27.12.2009
401044	5	27.12.2009
401045	5	27.12.2009
401046	5	27.12.2009
401049	5	25.12.2009
401050	5	25.12.2009
401051	5	26.12.2009
401052	5	25.12.2009
401053	5	25.12.2009
401054	5	26.12.2009
401055	5	26.12.2009
401056	5	25.12.2009
401057	5	26.12.2009
401059	5	22.12.2009
401059	6	28.12.2009
401060	5	21.12.2009
401060	6	29.12.2009
401061	5	22.12.2009
401062	5	23.12.2009

SUBID	Zeitpunkt	Bearbeitung des Fragebogens
401063	5	23.12.2009
401064	5	25.12.2009
401065	5	27.12.2009
401066	5	26.12.2009
401067	5	26.12.2009
401068	5	26.12.2009
401069	5	26.12.2009
401070	5	26.12.2009
504021	3	.
504026	1	.

Schmerzeinschätzung: Datum nicht in plausiblen Range

Zeitpunkt: 1=T0_A, 2=T0_B, 3=T1, 4=T2_A, 5=T2_B, 6=T3

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
109070	3	08.01.2018	12.02.2016
203014	3	08.12.2051	30.01.2016
301059	5	16.10.2106	17.10.2016
302030	3	10.02.2106	10.02.2016
305013	6	11.04.1926	21.07.2016
305095	4	21.04.2016	05.07.2017
306029	5	30.08.3016	30.08.2016
310023	5	14.03.2016	23.06.2017
310026	6	13.05.2016	06.06.1916
311058	5	10.08.2016	12.09.2106
312003	5	03.07.3016	26.09.2016
312008	5	19.08.2106	01.09.2016
314001	4	13.09.2019	21.09.2016
314013	5	29.06.2019	13.09.2019
404018	6	16.04.2016	21.07.2106
404028	5	17.05.2016	22.07.2106
409004	4	26.02.2016	26.08.2026
502106	2	15.02.3016	20.03.2016
503034	2	09.09.2015	17.12.1915
507067	6	23.12.2015	01.09.2916
509008	2	27.04.2016	28.04.2026
515002	1	05.11.2015	27.01.2017
519134	5	19.08.2019	27.08.2016

Schmerzeinschätzung: Letzte Einschätzung vor der Vorletzten

Zeitpunkt: 1=T0_A, 2=T0_B, 3=T1, 4=T2_A, 5=T2_B, 6=T3

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
101002	3	12.04.2016	11.04.2016
101019	1	07.04.2016	06.04.2016
101026	3	30.03.2016	26.02.2016
105023	5	27.03.2016	09.11.2015
105037	6	30.08.2016	07.08.2016
106013	4	10.02.2016	09.05.2015
108001	4	03.08.2016	11.03.2016
108002	1	03.08.2015	20.02.2015
108002	5	03.08.2016	23.03.2016
108003	5	03.08.2016	23.03.2016
108010	3	04.08.2015	08.06.2015
108014	5	04.08.2016	22.03.2016
108016	5	04.08.2016	22.03.2016
108018	5	04.08.2016	22.03.2016
108023	5	05.08.2016	22.03.2016
108024	5	05.08.2016	22.03.2016
108029	2	06.03.2016	05.08.2015
108031	4	25.04.2016	26.08.2015
108035	6	06.08.2016	22.03.2016
108036	2	31.08.2015	16.04.2015
108036	4	31.08.2016	22.03.2016
108036	5	31.08.2016	22.03.2016
108038	2	09.03.2016	06.08.2015
108038	6	06.08.2016	22.03.2016
108039	5	23.10.2016	22.03.2016
108040	6	11.08.2016	22.03.2016
108041	4	11.08.2016	22.03.2016
108041	6	11.08.2016	22.03.2016

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
108042	4	11.08.2016	22.03.2016
108042	5	11.08.2016	22.03.2016
108043	6	11.08.2016	22.03.2016
108045	5	11.08.2016	22.03.2016
108048	4	02.05.2016	09.03.2016
109060	1	09.12.2016	28.01.2016
109060	2	01.02.2016	28.01.2016
109067	4	25.11.2016	10.02.2016
109074	4	21.07.2016	28.06.2016
110014	1	16.10.2016	16.03.2016
110031	3	30.01.2016	29.01.2016
110033	1	14.10.2016	20.03.2016
110033	3	14.10.2016	20.03.2016
110038	1	14.10.2016	18.03.2016
110041	1	27.12.2016	04.02.2016
110044	1	27.12.2016	04.03.2016
110055	1	27.12.2016	04.02.2016
110055	3	27.12.2016	04.02.2016
110057	1	31.08.2016	04.02.2016
110057	2	31.08.2016	04.02.2016
201025	1	09.03.2016	10.03.2015
201028	1	17.11.2016	18.11.2015
201035	2	05.02.2016	06.11.2015
201094	2	07.02.2016	08.01.2016
202006	1	21.07.2016	10.01.2016
202009	3	19.12.2015	07.09.2015
202012	1	21.07.2016	10.01.2016
202024	1	14.11.2015	03.07.2015
203001	2	26.11.2015	26.01.2015
203001	3	26.11.2016	26.01.2016

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
203004	3	24.11.2016	16.02.2016
203006	2	30.10.2015	19.03.2015
203007	6	16.10.2016	24.02.2016
203008	3	21.10.2016	16.02.2016
203010	3	06.10.2016	30.03.2016
203011	6	18.05.2016	07.10.2014
203012	1	27.11.2016	24.02.2016
203012	2	27.11.2016	24.02.2016
203015	1	08.12.2016	05.02.2016
203015	2	08.12.2016	05.02.2016
203018	2	03.12.2016	08.12.2015
203018	3	13.12.2016	08.02.2016
203023	2	25.10.2016	23.01.2016
203024	3	11.10.2016	29.02.2016
203026	2	03.10.2016	12.03.2016
203027	1	04.12.2016	12.03.2016
203027	3	04.12.2016	12.03.2016
203030	2	03.10.2016	14.01.2016
203030	3	03.10.2016	14.01.2016
203031	1	22.10.2016	05.02.2016
203031	2	22.10.2016	05.02.2016
203032	2	22.10.2016	17.01.2016
203034	6	16.10.2016	23.04.2016
203035	3	04.12.2016	18.01.2016
203036	2	04.12.2016	18.01.2016
203036	3	04.12.2016	18.01.2016
203037	1	02.11.2016	18.01.2016
203037	3	04.12.2016	18.01.2016
203041	2	27.10.2016	27.02.2016
203041	3	27.10.2016	27.02.2016

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
203041	5	27.10.2016	27.08.2016
203052	1	06.10.2016	03.02.2016
203052	2	06.10.2016	03.02.2016
203054	1	07.09.2016	22.01.2016
203056	3	27.11.2016	25.01.2016
203057	1	27.11.2016	24.02.2016
203057	3	27.11.2016	24.02.2016
203059	1	09.12.2016	08.01.2016
203059	2	09.12.2016	08.01.2016
203059	3	07.12.2016	08.01.2016
203061	2	08.12.2016	24.01.2016
203065	2	25.10.2016	18.01.2016
203066	1	23.10.2016	14.01.2016
203068	2	22.10.2016	14.01.2016
203070	3	13.10.2016	04.02.2016
204002	6	07.08.2016	08.07.2016
204013	2	06.11.2015	01.10.2015
204013	3	06.11.2015	01.10.2015
204044	6	17.03.2016	02.08.2015
204045	3	26.11.2016	07.02.2016
204069	1	06.11.2016	10.02.2016
204078	4	12.08.2016	05.08.2016
204082	6	27.08.2016	21.08.2016
205016	3	12.02.2016	02.12.2015
205022	3	25.08.2016	12.02.2016
205040	1	08.01.2016	05.01.2016
207007	3	15.02.2016	14.01.2016
208013	1	19.10.2016	10.01.2016
208014	2	17.10.2016	07.02.2016
208040	1	01.11.2016	26.01.2016

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
208064	1	06.09.2016	09.12.2015
208066	1	01.02.2016	03.02.2006
208094	2	28.11.2016	29.02.2016
210001	4	13.04.2016	09.10.2015
210002	3	12.11.2016	13.04.2016
210004	4	24.10.2016	14.04.2016
210012	4	09.09.2016	14.04.2016
210013	3	05.10.2016	13.04.2016
210013	4	05.10.2016	13.04.2016
210018	1	20.11.2016	12.04.2016
210022	4	27.10.2016	12.04.2016
210023	4	27.10.2016	12.04.2016
210024	1	30.03.2016	25.10.2015
210026	4	25.10.2016	20.10.2016
210039	3	28.10.2016	13.04.2016
210049	4	19.05.2016	16.04.2016
210056	1	12.03.2016	27.10.2015
301004	2	15.12.2016	03.01.2016
301007	2	15.12.2016	01.01.2016
301012	2	09.02.2016	12.01.2016
301013	4	08.10.2016	07.10.2016
301014	4	08.10.2016	07.10.2016
301023	2	02.01.2016	13.12.2015
301023	4	09.10.2016	04.10.2016
301026	3	19.09.2016	11.11.2015
301039	5	21.10.2016	18.10.2016
301047	2	05.12.2016	03.01.2016
301049	2	18.02.2016	17.02.2016
301059	4	11.10.2016	10.10.2016
301066	4	30.07.2016	30.05.2016

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
302026	5	14.09.2016	15.07.2016
302043	6	13.09.2016	20.07.2016
302044	5	03.09.2016	03.08.2016
302052	4	18.09.2016	19.08.2016
303001	6	03.06.2016	03.05.2016
303004	6	10.04.2016	06.04.2016
303023	3	23.02.2016	08.02.2016
303033	2	27.02.2016	09.02.2016
303038	3	27.02.2016	09.02.2016
303044	2	27.02.2016	08.02.2016
303046	2	27.02.2016	09.02.2016
303052	1	22.02.2016	03.01.2016
303082	1	17.02.2016	09.02.2016
303083	1	17.02.2016	09.02.2016
303092	2	09.02.2016	17.12.2015
303095	2	20.01.2016	13.12.2015
303097	2	11.12.2016	09.02.2016
304003	1	10.09.2016	19.12.2015
304003	5	15.12.2016	30.08.2016
304003	6	15.12.2016	30.08.2016
304015	5	31.10.2016	13.07.2016
304016	5	02.12.2016	24.06.2016
304025	1	27.07.2016	19.01.2016
304031	3	22.01.2016	12.11.2015
304058	3	10.09.2015	26.05.2015
305002	1	12.06.2015	07.01.2015
305006	1	22.10.2015	07.01.2015
305009	1	21.07.2015	07.01.2015
305022	1	21.10.2015	05.01.2015
305024	1	12.06.2015	05.01.2015

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
305034	1	23.07.2015	04.01.2015
305039	1	10.11.2016	08.01.2016
305044	1	08.10.2016	07.01.2016
305044	3	10.11.2016	08.01.2016
305046	1	10.11.2016	08.01.2016
305046	3	10.11.2016	08.01.2016
305047	1	10.11.2016	08.01.2016
305049	1	10.11.2016	08.01.2016
305055	1	17.11.2016	08.01.2016
305056	1	10.11.2016	08.01.2016
305056	2	10.11.2016	08.01.2016
305057	1	10.11.2016	08.01.2016
305057	2	10.11.2016	08.01.2016
305059	5	14.07.2016	07.07.2016
305063	1	10.11.2016	08.01.2016
305067	1	10.11.2016	08.01.2016
305068	1	10.11.2016	08.01.2016
305071	3	10.11.2016	08.01.2016
305073	1	10.11.2016	08.01.2016
305073	2	10.11.2016	08.01.2016
305090	1	02.09.2016	20.01.2016
305107	2	21.10.2016	18.01.2016
306005	3	14.12.2016	28.01.2016
306006	3	14.12.2016	24.01.2016
306007	2	15.02.2016	16.02.2015
306008	5	17.08.2016	16.08.2016
306018	1	23.12.2016	24.01.2016
306018	2	23.12.2016	24.01.2016
306019	1	20.12.2016	28.01.2016
306022	1	27.12.2016	26.01.2016

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
306024	1	20.12.2016	28.01.2016
306024	2	20.12.2016	28.01.2016
308004	3	23.03.2016	18.03.2016
308006	3	15.04.2016	21.03.2016
308024	1	23.03.2016	12.02.2016
308025	3	02.10.2016	26.11.2015
308027	2	25.11.2016	02.02.2016
308027	3	25.11.2016	02.02.2016
308033	1	23.03.2016	10.03.2016
308041	1	10.03.2016	10.02.2016
308041	2	10.03.2016	10.02.2016
309006	1	15.12.2016	04.02.2016
309013	3	18.02.2016	08.02.2016
309017	1	28.01.2016	08.01.2016
309028	1	06.02.2016	02.01.2016
309028	5	08.08.2016	09.05.2016
309032	3	20.02.2016	30.01.2016
309039	3	28.10.2015	10.10.2015
309047	3	25.02.2016	22.02.2016
309055	6	10.08.2016	07.08.2016
309057	1	29.12.2016	19.01.2016
309059	6	09.08.2016	08.08.2016
309060	2	13.02.2016	19.01.2016
310018	1	01.07.2016	06.11.2015
310018	3	01.07.2016	06.11.2015
310031	3	05.11.2015	02.11.2015
310041	2	06.11.2016	04.01.2016
310057	5	27.07.2016	18.07.2016
311026	1	01.04.2016	18.02.2016
311026	2	18.02.2016	01.02.2016

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
311036	2	25.02.2016	21.01.2016
311045	2	18.03.2016	10.03.2016
312002	1	28.12.2016	20.03.2016
312007	2	09.09.2016	11.04.2016
312007	6	09.09.2016	11.03.2016
312008	2	21.12.2016	16.03.2016
312010	5	26.11.2016	23.09.2016
312013	5	03.09.2016	02.06.2016
312013	6	03.09.2016	02.06.2016
312020	1	09.12.2016	01.03.2016
312028	1	16.11.2016	13.02.2016
312033	1	01.12.2016	22.02.2006
312036	2	26.10.2016	20.01.2016
312036	3	26.10.2016	20.01.2016
312040	1	14.12.2016	15.03.2016
312040	3	14.12.2016	15.03.2016
312041	5	20.10.2016	19.04.2016
312047	1	09.12.2016	01.03.2016
312054	1	17.10.2016	13.01.2016
312057	1	19.12.2016	17.02.2016
312064	2	25.12.2016	20.03.2016
312069	5	18.05.2016	25.02.2016
313014	1	01.02.2016	04.01.2016
313014	3	01.02.2016	04.01.2016
313018	4	27.06.2016	17.02.2016
313035	6	17.06.2016	29.07.2015
313045	3	01.10.2015	15.08.2015
313045	6	25.02.2016	15.08.2015
313068	4	02.08.2016	13.06.2016
318002	4	18.04.2016	19.11.2015

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
318009	6	27.09.2016	27.08.2016
318010	6	23.06.2016	30.08.2013
401001	5	27.11.2016	09.05.2016
401002	1	26.06.2016	13.08.2015
401012	3	11.11.2016	12.01.2016
401022	3	15.11.2016	17.02.2016
401025	1	25.08.2016	02.12.2015
401033	1	10.10.2016	11.01.2016
401034	3	04.11.2016	25.02.2016
401047	3	21.08.2016	15.01.2016
401056	1	02.11.2016	30.01.2016
401058	1	19.09.2016	03.01.2016
402003	2	26.10.2016	04.04.2016
402004	3	26.10.2016	24.11.2015
402008	3	04.12.2016	07.02.2016
402010	2	02.10.2015	04.04.2014
402025	1	15.10.2016	17.01.2016
402026	1	14.12.2016	14.03.2016
402026	3	14.12.2016	14.03.2016
402028	1	28.10.2016	17.01.2016
403002	1	30.11.2016	27.01.2016
403002	3	30.11.2016	27.01.2016
403003	3	12.12.2016	09.02.2016
403004	3	12.12.2016	09.02.2016
403005	3	24.12.2016	24.02.2016
403006	3	12.12.2016	09.02.2016
403007	3	16.09.2016	27.01.2016
403009	2	01.12.2016	27.01.2016
403013	3	28.11.2016	27.01.2016
403025	3	18.11.2016	13.01.2016

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
403026	2	13.11.2016	07.01.2016
404001	1	08.03.2016	25.02.2016
404002	3	12.11.2016	06.01.2016
404002	6	22.08.2016	20.07.2016
404010	3	06.10.2016	16.02.2016
404024	3	22.11.2016	26.02.2016
404026	1	15.03.2016	06.01.2016
404039	3	22.11.2016	05.01.2016
405001	1	27.12.2016	28.12.2015
405004	1	12.12.2016	13.12.2015
406004	2	25.10.2016	22.11.2015
406004	5	22.11.2016	05.08.2016
406005	5	23.11.2016	05.08.2016
406029	2	03.02.2016	25.01.2016
406033	1	30.03.2016	30.11.2015
406036	6	21.08.2016	06.06.2016
407010	3	19.11.2015	21.01.2006
408001	2	05.11.2016	05.02.2016
408001	3	05.08.2016	05.02.2016
408006	3	11.08.2016	11.02.2016
408012	2	30.12.2015	26.01.2015
408012	3	30.12.2015	26.01.2015
408023	1	05.08.2016	05.02.2016
408042	3	25.08.2016	25.02.2016
408044	2	19.07.2016	19.01.2016
409025	4	25.08.2016	25.05.2016
409028	2	27.02.2016	04.02.2016
501102	6	17.08.2016	07.01.2016
501107	5	03.09.2016	02.09.2016
501129	6	25.06.2015	07.04.2015

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
501130	4	06.08.2016	27.01.2016
502104	3	07.11.2016	12.02.2016
502108	1	06.11.2016	09.03.2016
502108	2	06.11.2016	09.03.2016
502111	1	30.12.2016	20.03.2016
502112	1	30.12.2016	20.03.2016
502113	1	28.12.2016	03.03.2016
502122	3	17.12.2016	11.03.2016
502129	1	15.09.2016	29.03.2016
502129	2	15.09.2016	29.03.2016
502129	3	15.09.2016	29.03.2016
502136	2	29.10.2016	16.03.2016
502148	2	18.12.2016	12.03.2016
502152	2	15.12.2016	17.01.2016
502167	2	18.12.2016	21.01.2016
503010	2	30.09.2016	11.01.2016
503011	2	28.10.2016	06.02.2016
503012	6	25.06.2016	05.06.2016
503017	2	11.10.2016	18.01.2016
504024	1	18.03.2016	17.04.2006
505103	6	31.07.2016	26.09.2015
505104	1	28.09.2016	26.10.2015
505117	1	19.10.2016	26.10.2015
505121	4	08.12.2016	27.07.2016
505122	6	08.12.2016	10.02.2016
505124	4	08.10.2016	16.06.2016
505126	1	09.11.2016	12.02.2016
505134	4	30.11.2015	21.01.2015
505137	1	30.11.2016	21.12.2015
505138	3	26.10.2016	30.10.2015

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
505140	3	16.11.2016	23.11.2015
505141	4	01.10.2016	17.08.2016
505142	6	19.11.2016	16.12.2015
505143	5	12.11.2015	30.08.2015
505149	6	06.11.2016	18.07.2016
507052	5	09.06.2016	10.05.2016
507058	4	26.10.2016	26.01.2016
507067	4	23.12.2016	01.09.2016
508004	3	04.11.2016	08.04.2016
508017	1	04.11.2016	11.01.2016
508019	3	11.12.2016	17.03.2016
508020	3	02.12.2016	24.03.2016
508025	2	17.03.2016	10.02.2016
508029	3	10.12.2016	15.02.2016
508031	3	11.12.2016	12.02.2016
508032	5	16.09.2016	01.08.2016
508044	2	21.10.2016	07.01.2016
508048	3	29.10.2016	15.02.2016
508074	5	07.07.2016	08.06.2016
508077	5	07.07.2016	10.06.2016
508080	1	22.02.2016	20.01.2016
508082	3	22.01.2016	15.03.2015
508089	1	10.02.2016	07.09.2015
508095	1	20.01.2016	21.08.2015
508095	3	20.01.2016	21.08.2015
508096	1	10.02.2016	09.10.2015
509007	3	21.02.2016	15.09.2015
509009	1	15.09.2016	21.02.2016
509010	3	16.04.2016	17.04.2015
509014	3	13.12.2016	21.01.2015

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
514020	3	06.04.2016	01.03.2016
514021	3	11.04.2016	07.03.2016
515001	2	08.03.2016	27.12.2015
515001	5	10.05.2016	13.04.2016
515005	4	15.04.2016	04.05.2015
515005	5	02.09.2016	15.04.2016
515006	5	10.05.2016	14.04.2016
515006	6	14.04.2016	10.05.2014
515007	1	15.02.2016	21.01.2016
515008	2	21.03.2016	17.01.2016
515008	4	14.04.2016	09.05.2015
515008	5	09.05.2016	14.04.2016
515011	1	25.01.2016	24.01.2016
515012	1	16.02.2016	25.01.2016
515013	4	14.04.2016	09.05.2015
515017	1	10.02.2016	17.01.2016
515018	1	10.02.2016	16.01.2016
515020	1	16.02.2016	16.01.2016
515021	1	24.02.2016	10.02.2016
515022	5	02.09.2016	17.08.2016
515024	5	25.10.2016	14.04.2016
515027	1	02.03.2016	17.02.2016
515028	1	08.02.2016	17.01.2016
515028	5	12.10.2016	11.08.2016
515032	1	04.02.2016	03.02.2016
515033	3	09.03.2016	02.03.2016
515037	1	03.02.2016	17.01.2016
516016	2	12.03.2016	13.02.2016
516039	6	02.09.2016	02.08.2016
517024	1	22.02.2016	04.02.2016

SUBID	Zeitpunkt	Vorletzte Schmerzeinschätzung	Letzte Schmerzeinschätzung
517030	1	20.02.2016	01.02.2016
519101	6	12.08.2016	11.08.2016
519109	3	24.03.2016	24.02.2016
519118	6	13.09.2016	12.09.2016
519147	6	13.09.2016	12.09.2016

15 Merkmale der Bewohner*innenstichprobe t_0

*Beschreibung der Stichprobe der Bewohner*innen*

Variablen, die erst zum zweiten Zeitpunkt erhoben wurden (Zeitpunkt T2_a)

Variable	N	Mean	Std Dev
Dauer seit Heimeinzug (in Tagen)	1882	1269,56	7930,45
Körpergröße (in cm)	2137	162,91	9,77

Alle weiteren Daten beziehen sich auf den ersten Erhebungszeitpunkt T0_a.

Variable	N	Mean	Std Dev
Alter	2573	82,96	10,71
Anzahl Krankenhaustage in den letzten sechs Monaten	2785	3,264	9,48
Anzahl Medikamente ohne Bedarfsmedikation	2781	7,27	3,88
Körpergewicht (in Kg)	2773	68,47	16,36
EboMo-Gesamtsumme	2782	13,14	10,85

Geschlecht

Variablen		weiblich	männlich	Insgesamt
Geschlecht	n	1937	813	2750
	%	70,44	29,56	100

Pflegestufe

Variablen		PS0	PS1	PS2	PS3	Härtefall	Insgesamt
Pflegestufe	n	123	1065	1091	480	25	2784
	%	4,42	38,25	39,19	17,24	0,9	100

Krankheiten in Clustern

Krankheitsgruppen	Anzahl	Prozent	Insgesamt
Herz-/Kreislaufkrankungen	2222	79,56	2793
Krebs und bösartige Neubildungen	103	3,69	2793
Skelett, Muskeln, Bindegewebe	952	34,09	2793
Psychiatrische , Nervensystem	1959	70,14	2793
Erkrankungen der Atmungsorgane	322	11,53	2793
Endokrinopathien	1044	37,38	2793
Erkrankungen der Verdauungsorgane	403	14,43	2793
Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane	1687	60,40	2793
Infektionen und meldepflichtige Erkrankungen	2	0,07	2793
Krankheiten der Haut/ des Unterhautzellgewebes	107	3,83	2793
Suchterkrankungen	227	8,13	2793
Verletzungen und Vergiftungen	25	0,90	2793
Sonstige Erkrankungen	1535	54,96	2793
Zustand nach Eingriffen	331	11,85	2793

Häufigkeiten der einzelnen Diagnosen

Diagnosen	Anzahl	Prozent	Insgesamt
Hypertonie	1751	63,26	2768
Ischämische Herzkrankheiten/ Akuter Myokardinfarkt	308	11,08	2780
Zerebrovaskuläre Krankheiten/ Schlaganfall	587	21,12	2779
Periphere arterielle Verschlusskrankheiten / Krankheit der Arterien	301	10,83	2779
Herzinsuffizienz	606	21,81	2779
Hypotonie	33	1,19	2767
Vorhofflimmern	506	18,21	2779
Arteriosklerose	130	4,68	2779
Bösartige Neubildungen des Magens/ Magenkrebs	17	0,61	2779
Leukämie	11	0,40	2779
Prostata-Karzinom	51	1,84	2779
Blasenkrebs	26	0,94	2779
Bauchspeicheldrüsenkrebs	3	0,11	2779
Frakturen	366	13,17	2779
Arthrose	407	14,64	2780
Osteoporose	365	13,13	2779
Rheumatische Krankheiten	70	2,52	2779
Demenz	1416	50,95	2779
Shizophrene Psychosen	263	9,46	2779
Depressionen	467	16,80	2779
Angststörungen	119	4,28	2779
Tinnitus	12	0,43	2779
Multiple Sklerose	30	1,08	2779
Parkinson	175	6,30	2779
Neuropathie(n)	189	6,80	2779
Asthma	36	1,30	2778
Pneumonie	101	3,64	2778
COPD	188	6,77	2778
Chronischer Husten	46	1,66	2778
Diabetes mellitus	796	28,64	2779
Schilddrüsenerkrankungen	367	13,21	2779
Karies/ Zahngesundheit	86	3,09	2779
Verdauungserkrankungen/ Magen_Darmerkrankungen	319	11,48	2779
chronische Nierensuffizienz	494	17,77	2780
Harnwegsinfektion	152	5,47	2779
Funktionsstörungen (Prostata)	112	4,03	2779
Harninkontinenz	1356	48,78	2780

Häufigkeiten der einzelnen Diagnosen

Diagnosen	Anzahl	Prozent	Insgesamt
Stuhlinkontinenz	747	26,88	2779
AIDS	2	0,07	2779
Dekubitus	88	3,17	2779
Pergamenthaut bei Kortison-/ Zytostatika- oder Strahlenbehandlung	21	0,76	2779
Alkoholabhängigkeit	218	7,84	2779
Drogenprobleme	18	0,65	2779
Verletzungen/ Vergiftungen	25	0,90	2779
Ödeme	241	8,67	2779
Erkrankungen mit Veränderungen des normalen Bewegungsmusters	764	27,49	2779
Sehstörungen	552	19,86	2779
Gehörstörungen	61	2,20	2779
Hörstörungen	291	10,47	2779
Obstipation	580	20,87	2779
Dysphagie (Schluckstörungen)	208	7,48	2779
beeinträchtigte Zungenfunktion	37	1,33	2779
Zustand nach Amputationen	99	3,56	2779
Verbrennungen	10	0,36	2779
Mehrfachverletzungen	29	1,04	2779
Gynäkologische chirurgische Eingriffe	94	3,38	2779
chirurgische Eingriffe am Becken	104	3,74	2779
Rektumresektion	30	1,08	2779

Kognition und Kommunikation

Variablen		vorhanden/un beeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden	Insgesamt
Fähigkeit Personen aus dem näheren Umfeld zu erkennen	N	1528	608	368	278	2782
	%	54,92	21,86	13,23	10	100
Fähigkeit zur örtlichen Orientierung	N	1219	553	416	594	2782
	%	43,82	19,88	14,95	21,35	100
Fähigkeit zur zeitlichen Orientierung	N	1074	595	467	646	2782
	%	38,61	21,39	16,79	23,22	100
Gedächtnis	N	935	707	625	515	2782
	%	33,61	25,41	22,47	18,51	100
Fähigkeit mehrschrittige Alltagshandlungen auszuführen	N	959	626	502	695	2782
	%	34,47	22,5	18,05	24,98	100
Fähigkeit Entscheidungen im Alltag zu treffen	N	914	603	484	781	2782
	%	32,85	21,68	17,4	28,07	100
Fähigkeit Sachverhalte und Informationen zu verstehen	N	1018	689	581	494	2782
	%	36,59	24,77	20,88	17,76	100
Fähigkeit Risiken und Gefahren zu erkennen	N	874	678	493	737	2782
	%	31,42	24,37	17,72	26,49	100
Fähigkeit zur Mitteilung elementarer Bedürfnisse	N	1644	519	280	339	2782
	%	59,09	18,66	10,07	12,19	100
Fähigkeit Aufforderungen zu verstehen	N	1379	659	446	298	2782
	%	49,57	23,69	16,03	10,71	100
Fähigkeit sich an einem Gespräch zu beteiligen	N	1357	562	484	379	2782
	%	48,78	20,2	17,4	13,62	100

Verteilung der Daten der Aktivitäts-Parameter

Variablen		selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig	Insgesamt
Gestaltung des Tagesablaufs	N	854	562	570	796	2782
	%	30,7	20,2	20,49	28,61	100
Ruhen und Schlafen	N	1570	668	269	275	2782
	%	56,43	24,01	9,67	9,88	100
sich beschäftigen	N	929	604	568	681	2782
	%	33,39	21,71	20,42	24,48	100
in die Zukunft gerichtete Planen	N	696	479	540	1067	2782
	%	25,02	17,22	19,41	38,35	100
Interaktion im direkten Umfeld	N	1274	644	460	404	2782
	%	45,79	23,15	16,54	14,52	100
Kontaktpflege	N	845	414	510	1013	2782
	%	30,37	14,88	18,33	36,41	100

Auftreten von psychischen Problemen

Variablen		seltener/nie	max, 1x wöchentlich	mehrmals wöchentlich	täglich	Insgesamt
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	N	2353	107	104	218	2782
	%	84,58	3,85	3,74	7,84	100
nächtliche Unruhe	N	2257	274	192	59	2782
	%	81,13	9,85	6,9	2,12	100
Selbstschädigendes Verhalten	N	2687	43	30	22	2782
	%	96,59	1,55	1,08	0,79	100
Beschädigung von Gegenständen	N	2723	35	11	13	2782
	%	97,88	1,26	0,4	0,47	100
Physisch aggressives Verhalten	N	2559	108	81	34	2782
	%	91,98	3,88	2,91	1,22	100
verbale Aggression	N	2382	214	136	50	2782
	%	85,62	7,69	4,89	1,8	100
andere vokale Auffälligkeiten	N	2474	97	101	110	2782
	%	88,93	3,49	3,63	3,95	100
Abwehr pflegerischer Maßnahmen	N	2294	207	169	112	2782
	%	82,46	7,44	6,08	4,03	100
Wahnvorstellungen	N	2543	123	82	34	2782
	%	91,41	4,42	2,95	1,22	100
Ängste	N	2293	229	150	110	2782
	%	82,42	8,23	5,39	3,95	100
depressive Stimmungslage	N	1953	356	301	172	2782
	%	70,20	12,8	10,82	6,18	100
inadäquate Verhaltensweisen	N	2502	101	89	90	2782
	%	89,94	3,63	3,2	3,24	100
sonstige inadäquate Handlungen	N	2493	87	94	108	2782
	%	89,61	3,13	3,38	3,88	100

Verteilung der Daten der Selbstversorgung

Variablen		selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig	entfällt	Insgesamt
Waschen des Oberkörpers	N	853	919	407	602	,	2781
	%	30,67	33,05	14,64	21,65	,	100
Kämmen, Zahnpflege, Rasieren	N	835	835	416	695	,	2781
	%	30,03	30,03	14,96	24,99	,	100
Waschen des Intimbereichs	N	474	483	533	1291	,	2781
	%	17,04	17,37	19,17	46,42	,	100
Duschen oder Baden	N	132	395	812	1442	,	2781
	%	4,75	14,2	29,2	51,85	,	100
An- und Auskleiden des Oberkörpers	N	699	805	596	681	,	2781
	%	25,13	28,95	21,43	24,49	,	100
An- und Auskleiden des Unterkörpers	N	491	541	612	1137	,	2781
	%	17,66	19,45	22,01	40,88	,	100
mundgerechte Zubereitung von Nahrung, Getränke eingießen	N	1073	491	347	870	,	2781
	%	38,58	17,66	12,48	31,28	,	100
Essen	N	1814	400	217	278	72	2781
	%	65,23	14,38	7,8	10,00	2,59	100
Trinken	N	1746	477	211	267	80	2781
	%	62,78	17,15	7,59	9,60	2,88	100
Benutzung der Toilette/ des Toilettenstuhls	N	969	419	370	1023	,	2781
	%	34,84	15,07	13,31	36,79	,	100
Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz	N	295	300	300	1126	760	2781
	%	10,61	10,79	10,79	40,49	27,33	100
Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz	N	244	131	156	974	1276	2781
	%	8,77	4,71	5,61	35,02	45,88	100

Variablen		ja	nein	Insgesamt
Person erhält Sondenernährung	N	109	2672	2781
	%	3,92	96,08	100
Selbständige Bedienung der Sonde	N	,	109	109
	%	,	100	100

Harn-/Stuhlinkontinenz und ihre Bewältigung

Variablen		überwiegend Kontinent	überwiegend Inkontinent	Inkontinent	Kontinent	Stoma	Insgesamt
Blasenkontrolle/ Harnkontinenz	N	650	536	804	562	229	2781
	%	23,37	19,27	28,91	20,21	8,23	100
Darmkontrolle/ Stuhlinkontinenz	N	611	217	728	1196	29	2781
	%	21,97	7,89	26,18	43,01	1,04	100

Variablen		keine künstliche Harnableitung	suprapubischer Dauerkatheter	transurethraler Dauerkatheter	Urostoma	Insgesamt
Vorliegen der künstlichen Harnableitung	N	2552	96	128	5	2781
	%	91,77	3,45	4,6	0,18	100

Variablen		entfällt	ja	Insgesamt
Vorliegen eines Colo-/Ileostomas	N	2752	29	2781
	%	98,96	1,043	100

Vorhandensein eines Dekubitus innerhalb der vergangenen sechs Monate

Variablen		ja	nein	Insgesamt
Vorliegen eines Dekubitus	N	204	2578	2782
	%	7,33	92,67	100

Stürze innerhalb der letzten sechs Monate

Variablen		ja, einmal	ja, mehrmals	nein	Insgesamt
Stürze innerhalb der letzten 6 Monate	N	445	417	1920	862
	%	16	14,99	69,02	30,99

Anzahl Stürze		
N	Mean	Std Dev
2782	0,7383178	1,7395597

Anwendung von Gurtfixierungen

Variablen		ja	nein	Insgesamt
Anwendung Gurtfixierungen	N	49	2732	2781
	%	1,76	98,24	100

Heimeinzug innerhalb der letzten sechs Monate

Variablen		ja	nein	Insgesamt
Heimeinzug innerhalb der letzten sechs Monate	N	323	2458	2781
	%	11,62	88,39	100

16 Textfelder Freitextantworten

Anlage 16: Textfelder Freitextantworten

Zur Berechnung einiger Indikatoren mussten die Ergebnisse von drei verschiedenen Freitextfeldern berücksichtigt werden. Die hierzu verwendeten Methoden werden im Folgenden näher erläutert (Teil 1). Zudem werden die Ergebnisse dieser Felder deskriptiv beschrieben (Teil 2).

Teil 1: Auswertung der Textfelder

Krankheitsereignisse mit einem Verlust der Selbständigkeit

Bei der elektronischen Erhebung gab es die Frage, ob es innerhalb der vergangenen 6 Monate zu einem Krankheitsereignis gekommen ist, das zu einem Verlust der Selbständigkeit geführt hat. Wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, so kann eines der drei Beispiele Apoplex, Fraktur oder Herzinfarkt benannt werden. Zudem bietet sich die Möglichkeit, bis zu fünf Erkrankungen und deren jeweilige Zeitpunkte als Freitext anzugeben. Für die originalen Indikatoren 1-5 ist die Frage nach dem Vorliegen von Krankheitsereignissen mit Verlust der Selbständigkeit ein Ausschlusskriterium und muss daher für jede(n) Bewohner*in eindeutig beantwortet werden können. Aus diesem Grund wurden die Textfelder in eine Form gebracht, die von dem SAS-Auswertungsprogramm automatisch weiterverarbeitet werden konnte.

Hierfür wurden die insgesamt 351 Freitextangaben von SAS als Excel-Datei exportiert. In dieser konnten die Textfelder einzeln durchgesehen und in 31 verschiedene Gruppen eingeteilt werden. Jeder Gruppe wurde anschließend ein numerischer Code zugeordnet. Zusätzlich wurde für jede Kategorie entschieden, ob das jeweilige Krankheitsereignis tatsächlich zu einem Verlust der Selbständigkeit führt oder nicht. Hier lassen die Antworten der Einrichtungen bzw. die jeweiligen Items des Erhebungsinstrumentes einen großen Interpretationsspielraum offen. Die eigentliche Symptomatik hinter den angegebenen Krankheitsereignissen wurde in der Studie nicht geprüft. Daher wurde zugunsten der Angabe der Einrichtungen entschieden, die neben Diagnosen auch Zustandsbeschreibungen/Symptome benannten. Ein Selbständigkeitsverlust wurde schließlich für die folgenden 27 der 31 Gruppen von Krankheitsereignissen angenommen:

- Magen-Darm-Erkrankungen
- Pneumonien
- Amputationen
- Herzinsuffizienz/andere Herzerkrankungen/Hyper- und Hypotonie
- Parkinson
- TEP/OP
- Epilepsie
- Stomaanlage
- Karzinom/Metastasen
- Ulcus/Dekubitus/andere Wunden
- Wahnvorstellungen/Schizophrenie/Psychosen
- Sturz/Gang-/Gleichgewichtsstörungen
- Depressionen/depressive Episode
- Verweigerung
- Demenz/Korsakow/Amnesie
- Schwäche/Abbau/schlechter Allgemeinzustand

- Erkrankungen der Wirbelsäule
- Lähmungen
- Zwerchfellhochstand
- Infektionen/MRSA
- Schmerzen
- Anämie/andere Erkrankungen des Bluts
- Gicht
- Erkrankungen der Atemwege/Weaningversagen
- Prellungen/Luxation
- Palliatives Konzept
- Sonstige Erkrankungen, z.B. Somnolenz, Hernie, Exsikkose

Die mit den Gruppen und der Entscheidung über den Selbstständigkeitsverlust codierte Datei wurde schließlich wieder mit SAS eingelesen. Jede(r) Bewohner*in, für die/ den ursprünglich ein Textfeld vorhanden war, erhielt nun zusätzlich noch eine numerisch codierte Variante dieses Textes, anhand derer abschließend ausgewertet wurde, ob sie/ er das Ausschlusskriterium erfüllt. Hierbei wurde festgestellt, dass für alle Bewohner*innen mit einer freitextlich genannten Erkrankung, die nicht als Ursache eines Verlustes der Selbständigkeit angesehen wird, weitere Krankheiten angegeben waren, welche letztendlich zur Erfüllung des Ausschlusskriteriums führten.

Medizinische Gründe für einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust

Um die Indikatoren 10 und 11 berechnen zu können, muss feststehen, ob eine medizinische Ursache für einen eventuellen Gewichtsverlust vorliegt oder nicht. Ist das der Fall, wird die/ der Bewohner*in aus der Berechnung dieser beiden Indikatoren ausgeschlossen. Falls die Antwort auf die entsprechende Frage im Fragebogen „ja“ ist, so ist es auch hier möglich, entweder zwischen den vorgegebenen Ursachen fortschreitende Krebserkrankung, medikamentöse Ausschwemmung oder Amputation zu wählen oder weitere Gründe per Freitext anzugeben. Letztere Variable wurde wie die oben beschriebenen Freitextfelder zum Selbstständigkeitsverlust behandelt: Nach dem Export als Excel-Datei wurden die 336 Gründe in Gruppen eingeteilt, denen jeweils eine Codenummer zugeteilt wurde. Es ergaben sich 27 verschiedene Gruppen. Anschließend wurde für jede Gruppe festgelegt, ob die Angabe als medizinischer Grund für einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust gewertet wird. Von den 27 Gruppen wurde die folgende anerkannt:

- Palliatives Konzept

Die codierte Datei zum Gewichtsverlust wurde wieder mit SAS eingelesen und ausgewertet. Auch hier wurde festgestellt, dass bei allen Bewohner*innen, für die eine freitextliche Angabe gemacht wurde, neben weiteren Gründen für den Gewichtsverlust auch eine der drei vorgegebenen Ursachen oder die textliche Angabe Palliatives Konzept gegeben war, sodass das Ausschlusskriterium für die Indikatoren 10 und 11 zur Geltung kam.

Ablehnung von Prophylaxe-Maßnahmen

Ein weiteres Item im Fragebogen war die Frage, ob dokumentiert ist, dass die/ der Bewohner*in oder autorisierte Personen die Durchführung fachlich gebotener Prophylaxemaßnahmen ablehnen. Es konnten die von Bewohner*in bzw. von angehöriger Person oder Betreuer*in abgelehnten

Maßnahmen freitextlich eingetragen werden. Die Indikatoren 6 und 7 behandeln die Entstehung von Dekubitus. Da die Ablehnung bestimmter, für die Dekubitusentstehung relevanter Maßnahmen zum Ausschluss bei der Berechnung dieser beiden Indikatoren führt, mussten diese Textfelder manuell überprüft werden. Wie zuvor wurden die Textfelder als Excel-Datei exportiert und die insgesamt 1.306 Ablehnungen (1169 durch Bewohner*in, 137 durch angehörige Person oder Betreuer*in) in Gruppen eingeteilt. Dies ergab 19 Kategorien, die mit einem numerischen Code versehen wurden. Für jede Gruppe wurde festgelegt, ob die jeweilige Maßnahme als relevant für die Dekubitusentstehung anzusehen ist oder nicht. Auch hier wurde bei interpretationsoffenen Angaben zugunsten der Angabe der Einrichtung entschieden. Das Kriterium erfüllen die folgenden 5 Kategorien:

- Mobilität, Mobilisierung
- Dekubitusprophylaxe
- Lagerung
- Grundpflegerische Versorgung
- Alle Prophylaxemaßnahmen

Die codierte Datei wurde wieder mit SAS eingelesen. Nur Bewohner*innen, deren abgelehnte Maßnahmen als relevant für einen Dekubitus angesehen werden, wurden bei der Berechnung der Indikatoren 6 und 7 ausgeschlossen. Dies betraf 404 Beobachtungen, bei denen freitextliche Angaben zu abgelehnten Maßnahmen gemacht worden waren.

Teil 2: Deskriptive Beschreibung der Textfelder

Krankheitsereignisse mit einem Verlust der Selbständigkeit

Tabelle 1 gibt alle Kategorien mit ihren Häufigkeiten an, in welche die Textfeldangaben zu Krankheitsereignissen einsortiert wurden. Insgesamt gab es 351 Angaben. Hervorgehoben sind alle Krankheiten, die als zum Selbstständigkeitsverlust führend gezählt wurden. Das sind 335 Angaben.

Die Tabelle enthält nur die Erhebungszeitpunkte der ersten Erhebungswelle. Das liegt daran, dass die Textfelder zu den Zeitpunkten der zweiten Erhebungswelle nicht ausgefüllt waren. Vermutlich ist der Bearbeitungsaufwand für die Pflegekräfte zu hoch.

Medizinische Gründe für einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust

Tabelle 2 zeigt die Kategorien, in welche die in den Textfeldern angegebenen Gründe für einen Gewichtsverlust eingeteilt wurden, mit den jeweiligen Häufigkeiten. Es gab insgesamt 336 Angaben. Hervorgehoben ist die Ursache Palliatives Konzept, die als medizinischer Grund für den Gewichtsverlust angesehen wird. Hierzu gibt es 11 Angaben.

Auch für diese Textfelder gibt es nur spärliche Angaben in der zweiten Erhebungswelle, vermutlich ebenfalls wegen zu hohen Aufwands.

Ablehnung von Prophylaxe-Maßnahmen

Die Häufigkeiten der Kategorien von Prophylaxemaßnahmen, welche durch die/ den Bewohner*in bzw. durch eine angehörige Person abgelehnt werden, sind in Tabelle 3 bzw. Tabelle 4 dargestellt. Es gibt 1169 Angaben von Bewohner*innen und 137 Angaben von Angehörigen. Hervorgehoben sind Maßnahmen, welche für die Dekubitusentstehung relevant sind. Das sind insgesamt 427 Angaben bei den Bewohner*innen und 28 Angaben bei den Angehörigen.

Die Antworthäufigkeiten zwischen der ersten und der zweiten Erhebungswelle sind bei dieser Frage verhältnismäßig ausgeglichen. Es ist zu vermuten, dass entweder diese Frage von den Pflegenden als besonders wichtig erachtet wird oder aber dass die Motivation zur Beantwortung größer war, weil die Frage relativ weit vorn im Fragebogen erscheint.

Tabelle 1: Auswertung der Textfelder zu Krankheitsereignissen

Krankheitsereignisse (hervorgehoben: mit Verlust von Selbständigkeit)	Erhebungszeitpunkt			
	T0_a	T0_b	T1	Alle
	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.
Magen-Darm-Erkrankungen	7	4	7	18
Pneumonie	11	8	10	29
COPD	1	1	.	2
Amputationen	8	6	3	17
Ödeme/Stauungsdermatitis	.	1	.	1
Herzinsuffizienz/andere Herzerkrankungen/Hyper- und Hypotonie	12	10	8	30
Parkinson	1	4	1	6
TEP/OP	5	3	6	14
Epilepsie	2	2	.	4
Stomaanlage	2	1	2	5
Zystektomie/Erkrankungen der Niere, Prostata, Harnwege, Gebärmutter	6	2	4	12
Karzinom/Metastasen	11	10	16	37
Ulcus/Dekubitus/andere Wunden	4	5	6	15
Wahnvorstellungen/Schizophrenie/Psychosen	.	.	1	1
Sturz/Gang-/Gleichgewichtsstörungen	10	8	5	23
Depressionen/depressive Episode	3	2	3	8
Verweigerung	.	1	1	2
Demenz/Korsakow/Amnesie	13	9	7	29
Schwäche/Abbau/schlechter Allgemeinzustand	6	14	12	32
Erkrankungen der Wirbelsäule	3	3	1	7
Lähmungen	.	.	1	1
Zwerchfellhochstand	1	1	2	4
Osteoporose	1	.	.	1
Infektionen/MRSA	8	3	3	14
Schmerzen	2	.	.	2
Anämie/andere Erkrankungen des Bluts	.	4	.	4

Krankheitsereignisse (hervorgehoben: mit Verlust von Selbständigkeit)	Erhebungszeitpunkt			
	T0_a	T0_b	T1	Alle
	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.
Gicht	1	.	1	2
Erkrankungen der Atemwege/Weaningversagen	6	5	2	13
Prellungen/Luxation	.	2	.	2
Palliatives Konzept	1	.	1	2
Sonstiges	6	3	5	14
Gesamt	131	112	108	351

Tabelle 2: Auswertung der Textfelder zu Gründen für Gewichtsverlust

Gründe für einen Gewichtsverlust (hervorgehoben: medizinische Gründe)	Erhebungszeitpunkt						
	T0_a	T0_b	T1	T2_a	T2_b	T3	Alle
	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.
Magen-Darm-Erkrankungen	16	10	8	.	.	.	34
Pneumonie	4	2	4	.	.	.	10
COPD	1	1	.	.	.	.	2
Ödeme/Stauungsdermatitis	1	1	.	.	.	.	2
Herzinsuffizienz/andere Herzerkrankungen/Hyper- und Hypotonie	3	2	2	.	.	.	7
Parkinson	2	.	1	.	.	.	3
TEP/OP	1	.	1	.	.	.	2
Epilepsie	.	1	.	.	.	.	1
Stomaanlage	1	1	1	.	.	.	3
Zystektomie/Erkrankungen der Niere, Prostata, Harnwege, Gebärmutter	5	4	2	1	.	.	12
Sturz/Gang-/Gleichgewichtsstörungen	.	2	2	.	.	.	4
Depressionen/depressive Episode	6	3	3	.	.	1	13
Verweigerung	9	9	8	.	.	.	26
Demenz/Korskow/Amnesie	17	15	11	.	.	.	43
Schwäche/Abbau/schlechter Allgemeinzustand	15	12	15	.	1	1	44

Gründe für einen Gewichtsverlust (hervorgehoben: medizinische Gründe)	Erhebungszeitpunkt						
	T0_a	T0_b	T1	T2_a	T2_b	T3	Alle
	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.	nbeob.
Infektionen/MRSA	2	5	2	.	.	.	9
Anämie/andere Erkrankungen des Bluts	2	1	1	.	.	.	4
Palliatives Konzept	4	1	3	1	1	1	11
Fraktur	9	2	6	.	.	.	17
Neurologisch/ICP/Apoplex	1	1	2	.	.	.	4
Tracheo-Stoma/Schluckstörung/Probleme Pharynx-Oropharynx	5	1	5	.	.	.	11
Sedierung/BTM	3	1	1	.	.	.	5
Idiopathisch	2	2	2	.	.	.	6
Krankenhausaufenthalt	17	7	9	1	1	1	36
Will Abnehmen	3	2	2	.	.	.	7
Appetitlosigkeit	5	3	2	.	.	.	10
Sonstiges	6	3	1	.	.	.	10
Gesamt	140	92	94	3	3	4	336

Tabelle 3: Auswertung der Textfelder zu durch die/ den Bewohner*in abgelehnten Prophylaxemaßnahmen

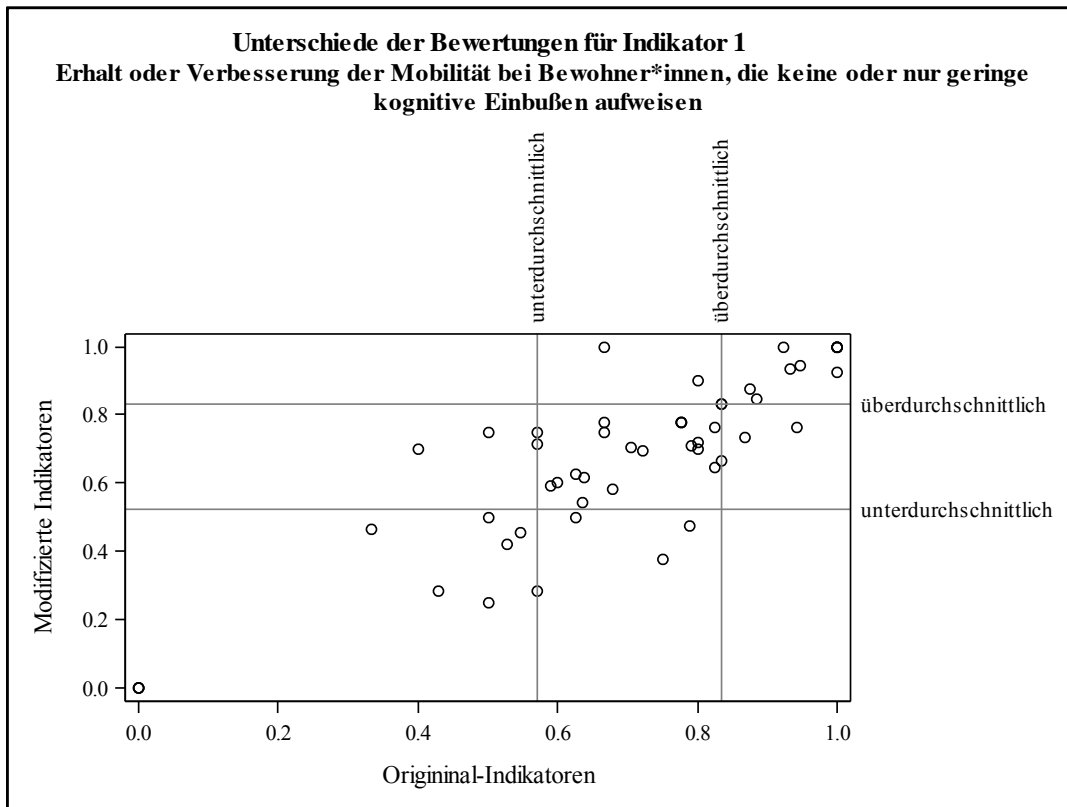
Ablehnung von Prophylaxe- maßnahmen durch den Bewohner (hervorgehoben: dekubitusrelevant)	Erhebungszeitpunkt						
	T0_a	T0_b	T1	T2_a	T2_b	T3	Alle
	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.
Sturzprophylaxe	54	38	54	61	40	49	296
Aspirationsprophylaxe	.	2	.	2	1	1	6
Mobilität, Mobilisierung	13	3	9	13	10	12	60
Dekubitusprophylaxe	20	15	23	24	12	15	109
Kontraktur	8	12	7	6	4	2	39
Lagerung	16	9	7	8	9	10	59
Ernährung, (angemessene Ernährung)	13	4	9	20	14	17	77
Thromboseprophylaxe, Kompressionstherapie	8	5	5	10	6	4	38
Dehydration, ausreichende Flüssigkeitsversorgung	3	2	.	6	3	5	19
Diabetesüberwachung	.	.	.	.	1	.	1
Wundversorgung	.	.	.	1	1	.	2
Kontinenzförderung, -Training	8	2	4	5	15	4	38
Therapie, Krankengymnastik	3	1	3	2	.	1	10
Körperpflege, Hygienemaßnahmen	14	11	16	18	15	14	88
Medikamentennahme, Salben	6	3	3	9	6	4	31
zahnärztliche Untersuchung, ärztliche Maßnahmen	.	1	1	1	2	3	8
Sonstiges	16	17	12	22	12	10	89
grundpflegerische Versorgung	27	30	32	23	15	14	141
alle Prophylaxemaßnahmen	9	7	6	15	15	6	58
Alle	218	162	191	246	181	171	1169

Tabelle 4: Auswertung der Textfelder zu durch Angehörige abgelehnten Prophylaxemaßnahmen

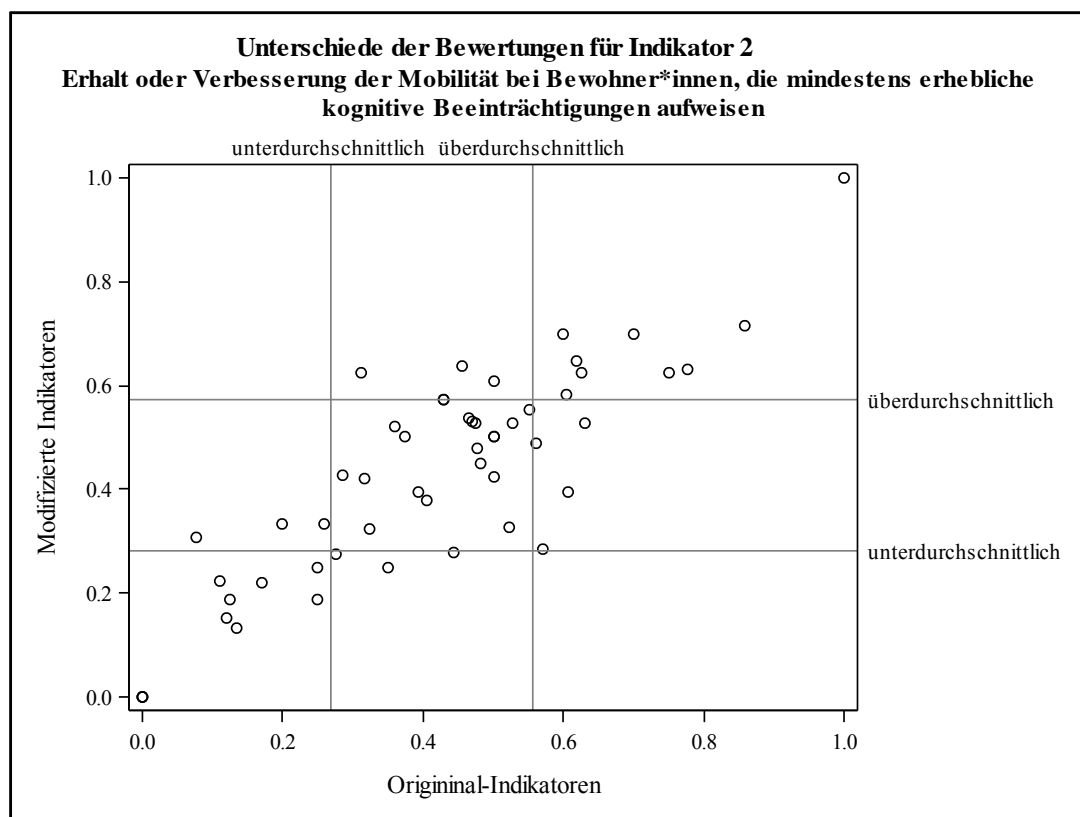
Ablehnung von Prophylaxemaßnahmen durch Angehörige (hervorgehoben: dekubitusrelevant)	Erhebungszeitpunkt						
	T0_a	T0_b	T1	T2_a	T2_b	T3	Alle
	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.	n beob.
Sturzprophylaxe	15	21	10	10	15	10	81
Aspirationsprophylaxe	1	.	1	1	.	1	4
Mobilität, Mobilisierung	3	1	1	2	.	1	8
Dekubitusprophylaxe	3	1	3	3	1	5	16
Kontraktur	.	.	1	.	.	.	1
Lagerung	.	.	1	.	.	.	1
Ernährung, (angemessene Ernährung)	3	.	1	2	2	.	8
Dehydration, ausreichende Flüssigkeitsversorgung	1	.	.	.	.	1	2
Kontinenzförderung, -Training	.	.	.	.	2	.	2
Therapie, Krankengymnastik	1	1	1	.	.	.	3
Körperpflege, Hygienemaßnahmen	.	.	1	.	.	.	1
Medikamentennahme, Salben	1	.	.	.	.	1	2
Sonstiges	1	1	.	1	2	.	5
grundpflegerische Versorgung	.	2	.	.	.	.	2
alle Prophylaxemaßnahmen	1	.	.	.	.	.	1
Gesamt	30	27	20	19	22	19	137

17 Streudiagramme der Gegenüberstellung der Indikatorenergebnisse
in originaler und modifizierter Version

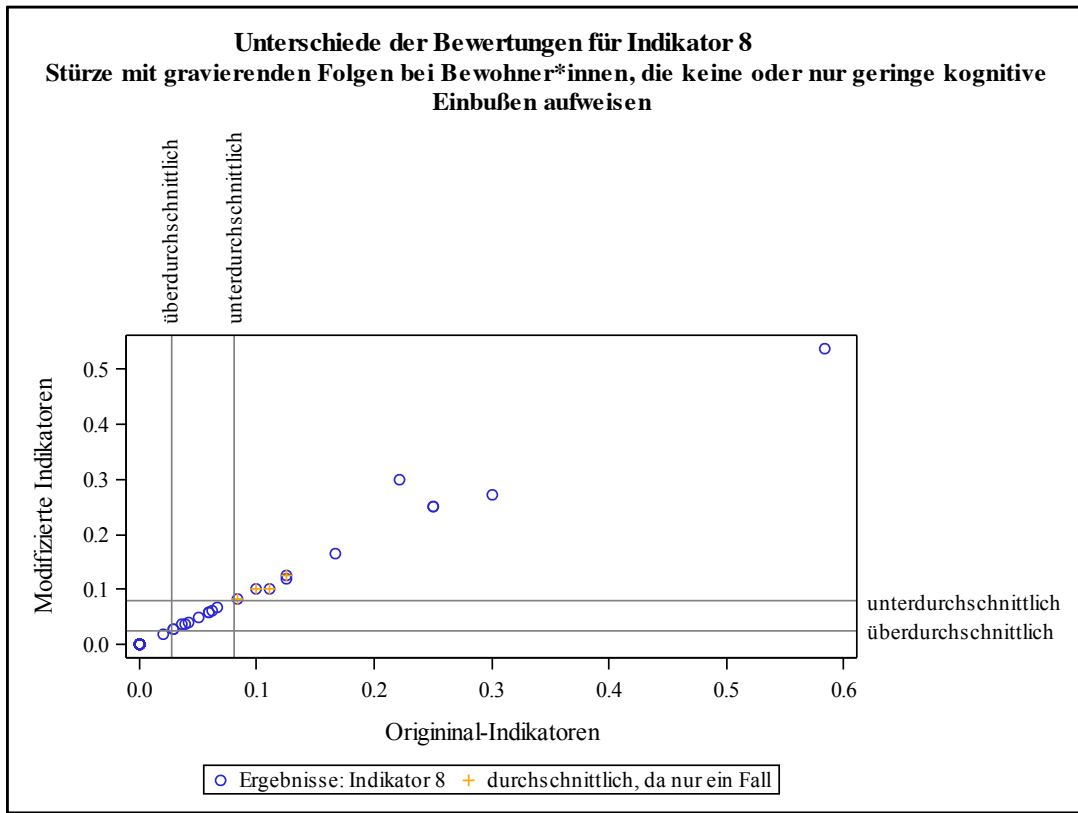
Anlage 17: Gegenüberstellung der Indikatorenergebnisse in originaler und modifizierter Version



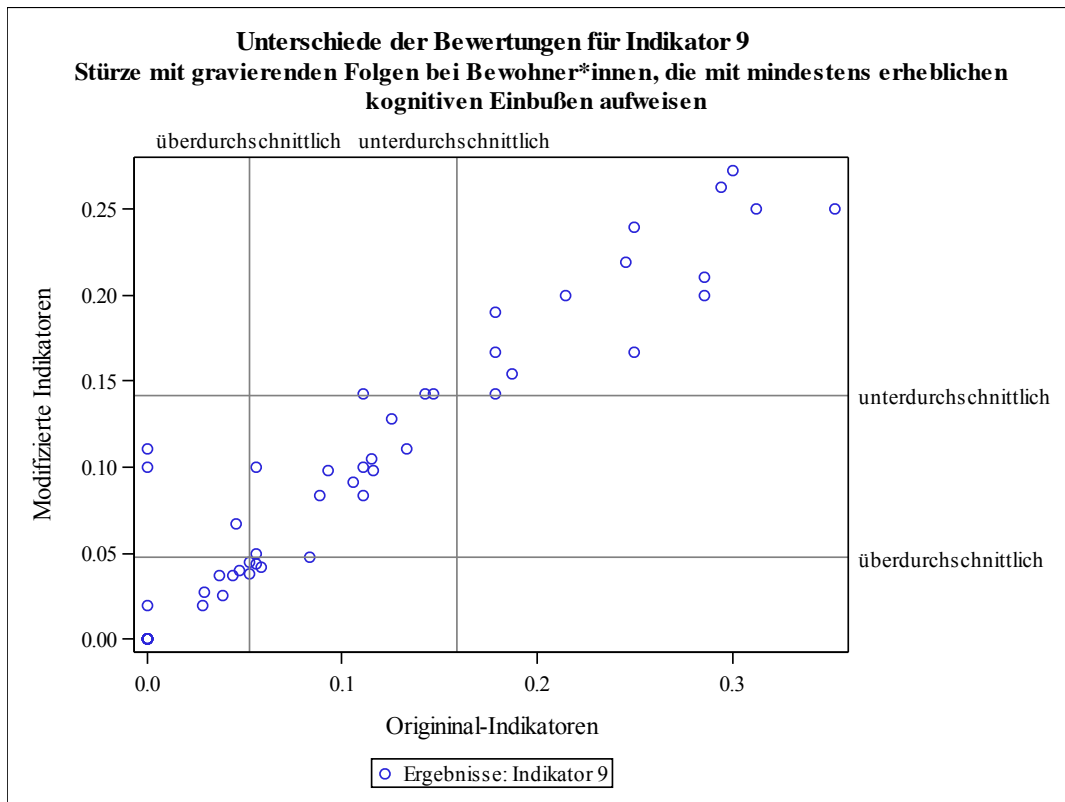
Bewertung modifizierter Indikator	Bewertung Wingefeld				Summe
	Über-durchschnittlich	durchschnittlich	Unter-durchschnittlich	nicht eingeschlossen	
überdurchschnittlich	12	2	0	0	14
durchschnittlich	3	20	2	0	25
unterdurchschnittlich	0	4	9	0	13
nicht eingeschlossen	0	0	0	10	10
Summe	15	26	11	10	62



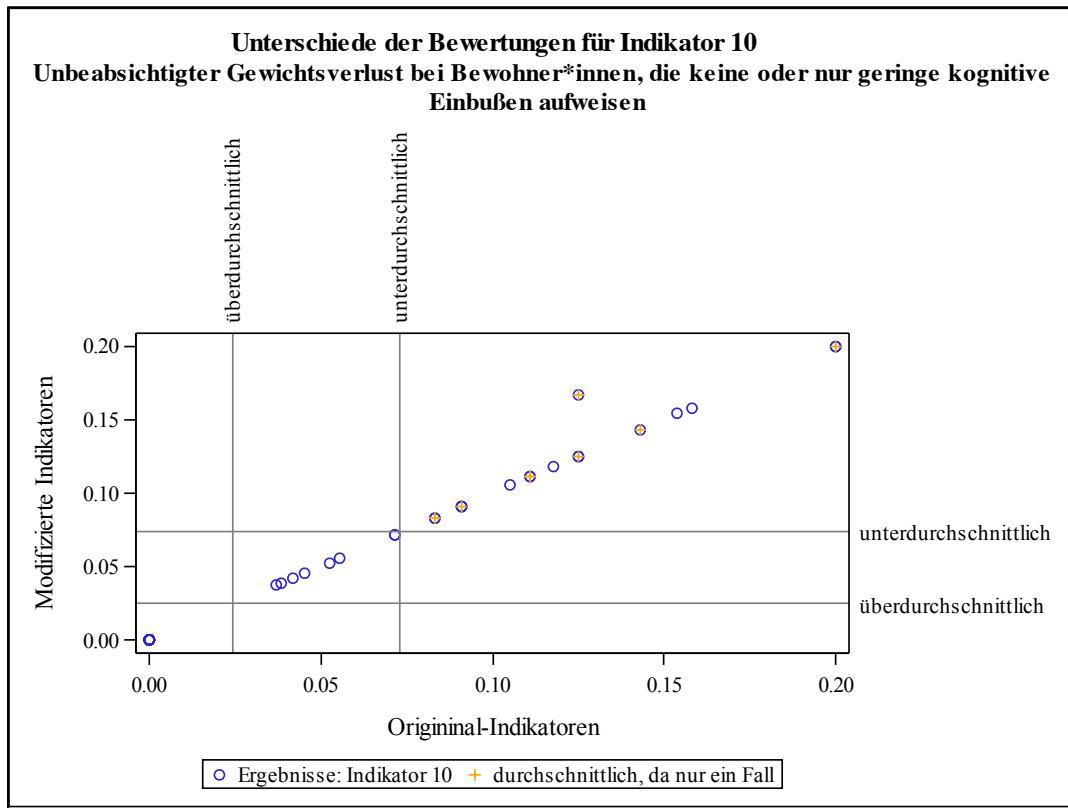
Bewertung modifizierter Indikator	Bewertung Wingefeld				Summe
	überdurchschnittlich	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	nicht eingeschlossen	
überdurchschnittlich	9	5	0	0	14
durchschnittlich	4	18	3	0	25
unterdurchschnittlich	0	3	10	0	13
nicht eingeschlossen	0	0	0	10	10
Summe	13	26	13	10	62



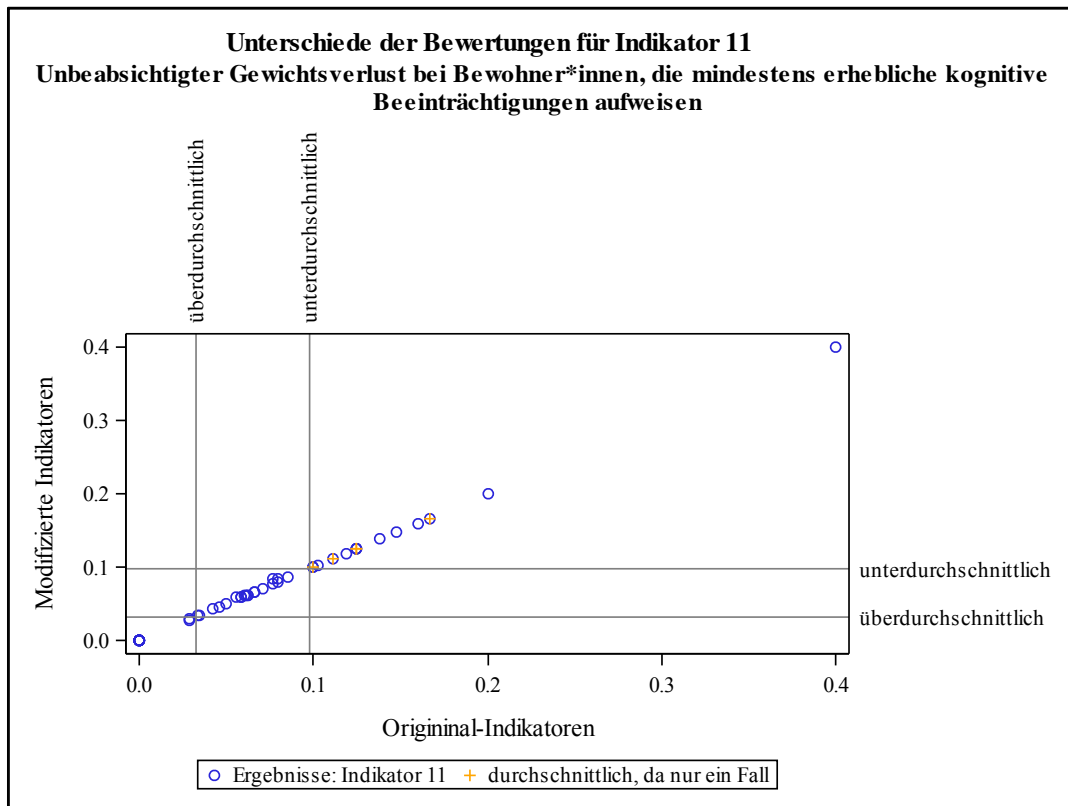
Bewertung modifizierter Indikator	Bewertung Wingefeld				Summe
	überdurchschnittlich	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	keine Werte vorhanden	
überdurchschnittlich	31	0	0	1	32
durchschnittlich	0	14	0	0	14
unterdurchschnittlich	0	0	7	0	7
keine Werte vorhanden	0	0	0	9	9
Summe	31	14	7	10	62



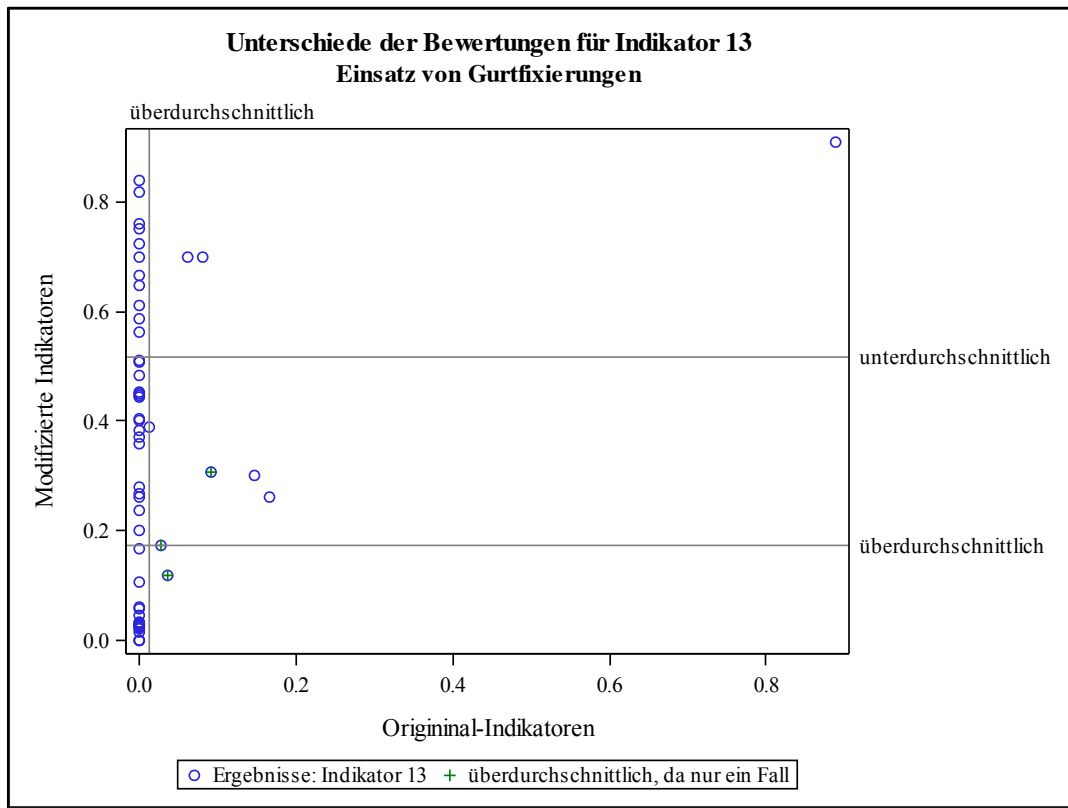
Bewertung modifizierter Indikator	Bewertung Wingefeld				Summe
	über-durchschnittlich	durch-schnittlich	unter-durchschnittlich	keine Werte vorhanden	
überdurchschnittlich	19	2	0	1	22
durchschnittlich	3	13	0	0	16
unterdurchschnittlich	0	2	14	0	16
keine Werte vorhanden	0	0	0	8	8
Summe	22	17	14	9	62



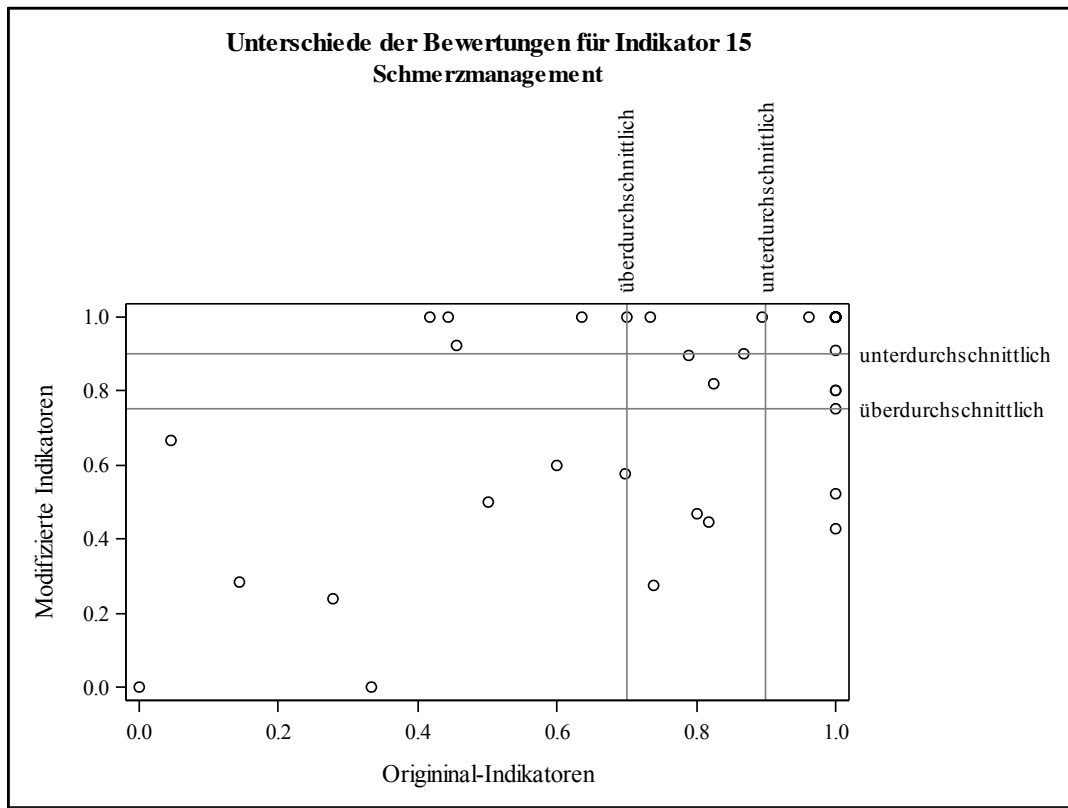
Bewertung modifizierter Indikator	Bewertung Wingefeld				Summe
	überdurchschnittlich	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	keine Werte vorhanden	
überdurchschnittlich	27	0	0	0	27
durchschnittlich	0	17	0	0	17
unterdurchschnittlich	0	0	8	0	8
keine Werte vorhanden	0	0	0	10	10
Summe	27	17	8	10	62



Bewertung modifizierter Indikator	Bewertung Wingefeld				Summe
	überdurchschnittlich	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	keine Werte vorhanden	
überdurchschnittlich	18	0	0	0	18
durchschnittlich	0	25	0	0	25
unterdurchschnittlich	0	0	9	0	9
keine Werte vorhanden	0	0	0	10	10
Summe	18	25	9	10	62



Bewertung modifizierter Indikator	Bewertung Wingenfeld			Summe
	überdurchschnittlich	unterdurchschnittlich	keine Werte vorhanden	
überdurchschnittlich	7	0	0	7
durchschnittlich	31	2	0	33
unterdurchschnittlich	11	3	0	14
keine Werte vorhanden	0	0	8	8
Summe	49	5	8	62



Bewertung modifizierter Indikator	Bewertung Wingefeld				Summe
	überdurchschnittlich	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	keine Werte vorhanden	
überdurchschnittlich	10	3	4	2	19
durchschnittlich	3	3	0	0	6
unterdurchschnittlich	2	3	8	0	13
keine Werte vorhanden	3	1	8	12	24
Summe	18	10	20	14	62

18 Erhebungen zur selben Zeit

**Verteilung der Zeit zwischen den Erhebungen der beiden Rater
(nur Heime mit durchschnittlicher Zeit (MW oder Median) < 5 Minuten)**

Heim-ID	n	Mittelwert	Std.abw.	Min	Median	Max
105	47	1406.21	4810.06	0	3.0	22957
110	49	3853.76	9322.20	0	4.0	36309
204	71	17.63	53.31	0	1.0	417
209	32	241.97	567.59	0	1.0	1629
210	0	.	.	.	.	.
308	37	1.95	4.20	0	1.0	26
310	59	1945.27	5494.49	0	2.0	20369
311	56	6.91	25.95	0	1.0	152
314	20	3.10	1.25	1	3.0	6
316	0	.	.	.	.	.
504	37	511.95	2137.62	0	1.0	9994
507	36	56.44	144.70	2	4.0	471
513	15	1.27	1.16	0	1.0	5
517	26	5.96	8.22	0	1.5	26

Verteilung der Differenzen zwischen den beiden Ratern (Darstellung pro Heim)

Heim-ID	Zeit zwischen den Erhebungen der beiden Rater			
Häufigkeit Prozent	weniger als fünf Minuten	5 bis 60 Minuten	länger als 60 Minuten	Summe
101	0 0.00	1 4.17	23 95.83	24
102	7 10.94	5 7.81	52 81.25	64
104	0 0.00	0 0.00	32 100.00	32
105	36 76.60	6 12.77	5 10.64	47
106	0 0.00	0 0.00	24 100.00	24
107	0 0.00	2 33.33	4 66.67	6
108	0 0.00	0 0.00	43 100.00	43
109	0 0.00	0 0.00	18 100.00	18
110	25 51.02	1 2.04	23 46.94	49
201	26 37.14	20 28.57	24 34.29	70
202	0 0.00	0 0.00	26 100.00	26
203	25 39.06	10 15.63	29 45.31	64
204	52 73.24	14 19.72	5 7.04	71
205	0 0.00	1 2.00	49 98.00	50
207	0 0.00	0 0.00	26 100.00	26
208	0 0.00	4 5.00	76 95.00	80
209	26 81.25	1 3.13	5 15.63	32
210	0 .	0 .	0 .	0
301	2 3.70	13 24.07	39 72.22	54
302	29 55.77	5 9.62	18 34.62	52
303	1 1.02	9 9.18	88 89.80	98

Verteilung der Differenzen zwischen den beiden Ratern (Darstellung pro Heim)

Heim-ID	Zeit zwischen den Erhebungen der beiden Rater			
	weniger als fünf Minuten	5 bis 60 Minuten	länger als 60 Minuten	Summe
304	0 0.00	0 0.00	1 100.00	1
305	0 0.00	0 0.00	95 100.00	95
306	0 0.00	0 0.00	51 100.00	51
308	35 94.59	2 5.41	0 0.00	37
309	0 0.00	0 0.00	70 100.00	70
310	43 72.88	4 6.78	12 20.34	59
311	51 91.07	3 5.36	2 3.57	56
312	0 0.00	6 9.09	60 90.91	66
313	4 7.02	1 1.75	52 91.23	57
314	19 95.00	1 5.00	0 0.00	20
315	10 25.00	26 65.00	4 10.00	40
316	0 .	0 .	0 .	0
317	1 16.67	0 0.00	5 83.33	6
401	1 1.75	4 7.02	52 91.23	57
402	0 0.00	0 0.00	39 100.00	39
403	0 0.00	4 11.11	32 88.89	36
404	0 0.00	0 0.00	30 100.00	30
405	0 0.00	0 0.00	36 100.00	36
406	0 0.00	5 15.15	28 84.85	33
407	14 40.00	0 0.00	21 60.00	35
408	0 0.00	0 0.00	20 100.00	20

Verteilung der Differenzen zwischen den beiden Ratern (Darstellung pro Heim)

Heim-ID	Zeit zwischen den Erhebungen der beiden Rater			
	weniger als fünf Minuten	5 bis 60 Minuten	länger als 60 Minuten	Summe
409	0 0.00	0 0.00	23 100.00	23
501	0 0.00	0 0.00	28 100.00	28
502	9 14.75	31 50.82	21 34.43	61
503	0 0.00	8 19.51	33 80.49	41
504	29 78.38	4 10.81	4 10.81	37
505	0 0.00	0 0.00	39 100.00	39
507	27 75.00	5 13.89	4 11.11	36
508	0 0.00	15 28.85	37 71.15	52
509	0 0.00	0 0.00	13 100.00	13
510	2 4.65	7 16.28	34 79.07	43
512	4 12.90	2 6.45	25 80.65	31
513	15 100.00	0 0.00	0 0.00	15
514	3 16.67	10 55.56	5 27.78	18
515	0 0.00	0 0.00	32 100.00	32
516	0 0.00	1 1.92	51 98.08	52
517	18 69.23	8 30.77	0 0.00	26
519	0 0.00	0 0.00	38 100.00	38

19 In der Risikoadjustierung getestete Variablen

Anlage 19: Bei der Risikoadjustierung berücksichtigte (getestete) Einflussfaktoren

Wingenfeld-Indikatoren 1/2: Erhalt oder Verbesserung der Mobilität

Modell 1: nicht beeinflussbare Einflussfaktoren

ausgeschlossen: komatöse und somnolente Bewohner*innen (A1_6 = 3 oder 4)

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
kog_Score	Kognitive Fähigkeiten (NBA-Score)	berechnet aus A3_1 bis A3_8	metrisch (groß = starke Beeinträchtigung)
A2_17	Dokumentierte Angst vor Stürzen	umkodiert 0/1/2/3 zu 1/2	1=ja (max. 1mal wöchentlich-täglich), 2=nein (nie)
A1_15_54	Zustand nach Amputationen		1=ja, 2=nein
A1_15_18	Demenz		1=ja, 2=nein
A1_15_2	Ischämische Herzkrankheiten/ Akuter Myokardinfarkt		1=ja, 2=nein
A1_15_3	Zerebrovaskuläre Krankheiten/Schlaganfall		1=ja, 2=nein
A1_15_1	Hypertonie		1=ja, 2=nein
A1_15_15	Arthrose		1=ja, 2=nein
A1_15_14	Frakturen		1=ja, 2=nein
A1_10	Anzahl Krankenhaustage		metrisch
A1_15_24	Parkinson		1=ja, 2=nein
A1_15_20	Depressionen		1=ja, 2=nein
A2_18	Dokumentierter Schwindel	umkodiert 0/1/2/3 zu 1/2	1=ja (max. 1mal wöchentlich-täglich), 2=nein (nie)
A1_15_48	Sehstörungen		1=ja, 2=nein
A1_15_50	Hörstörungen		1=ja, 2=nein
A1_3_1	Apoplex		
A1_3_3	Fraktur		
A1_3_5	Herzinfarkt		
sonstige	Sonstige Erkrankungen (Berücksichtigung der Textfeld-Codes 1 ;2; 4; 6; 7; 8; 9; 10; 12; 13; 14 ;15; 16; 17; 19; 20; 21; 22; 23; 25; 26; 27; 29; 30; 31; 32)	berechnet aus A1_3_7, A1_3_9, A1_3_11, A1_3_13, A1_3_15	1=ja, 2=nein

zusätzlich in Modell 2: bedingt beeinflussbare Einflussfaktoren

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
A8_2_1	aktuelles Körpergewicht (kg)		metrisch

Anlage 19: Bei der Risikoadjustierung berücksichtigte (getestete) Einflussfaktoren

Wingefeld-Indikatoren 3/4: Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen

Modell 1: nicht beeinflussbare Einflussfaktoren

ausgeschlossen: komatöse und somnolente Bewohner*innen (A1_6 = 3 oder 4)

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
Kog_Score	Kognitive Fähigkeiten (NBA-Score)	berechnet aus A3_1 bis A3_8	metrisch (groß = starke Beeinträchtigung)
A1_7	Alter		metrisch
A1_11	Anzahl Medikamente		metrisch
A1_10	Anzahl Krankenhaustage		metrisch
A1_8	Geschlecht		1=weiblich, 0=männlich
A1_13	Kontrakturen		1=ja, 2=nein
ps_kat	Pflegestufe (drei Kategorien)	berechnet aus A1_9	1= PS 0/I, 2= PS II, 3= PS III/HF
A1_15_34	chronische Niereninsuffizienz		1=ja, 2=nein
A1_15_18	Demenz		1=ja, 2=nein
A1_15_20	Depressionen		1=ja, 2=nein
A1_15_22	Tinnitus		1=ja, 2=nein
A1_15_30	Diabetes mellitus		1=ja, 2=nein
A1_15_1	Hypertonie		1=ja, 2=nein
A1_15_6	Hypotonie		1=ja, 2=nein
A1_15_3	Zerebrovaskuläre Krankheiten/Schlaganfall		1=ja, 2=nein
A1_15_14	Frakturen		1=ja, 2=nein
A1_15_48	Sehstörungen		1=ja, 2=nein
A1_15_50	Hörstörungen		1=ja, 2=nein
A1_3_1	Apoplex		1=ja, 2=nein
A1_3_3	Fraktur		1=ja, 2=nein
A1_3_5	Herzinfarkt		1=ja, 2=nein
sonstige	Sonstige Erkrankungen (Berücksichtigung der Textfeld-Codes 1 ;2; 4; 6; 7; 8; 9; 10; 12; 13; 14 ;15; 16; 17; 19; 20; 21; 22; 23; 25; 26; 27; 29; 30; 31; 32)	berechnet aus A1_3_7, A1_3_9, A1_3_11, A1_3_13, A1_3_15	1=ja, 2=nein

zusätzlich in Modell 2: bedingt beeinflussbare Einflussfaktoren

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
A8_2_1	aktuelles Körpergewicht (kg)		metrisch
ebomo_summe	EBoMo-Score	berechnet aus A2_6 bis A2_16	metrisch (groß = starke Beeinträchtigung)
A1_15_42	Alkoholabhängigkeit		1=ja, 2=nein
A1_15_43	Drogenprobleme		1=ja, 2=nein

Anlage 19: Bei der Risikoadjustierung berücksichtigte (getestete) Einflussfaktoren

Wingenfeld-Indikator 5: Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit bei Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Modell 1: nicht beeinflussbare Einflussfaktoren

ausgeschlossen: komatöse und somnolente Bewohner*innen (A1_6 = 3 oder 4)

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
A1_7	Alter		metrisch
A1_11	Anzahl Medikamente		metrisch
A1_10	Anzahl Krankenhaustage		metrisch
A1_8	Geschlecht		1=weiblich, 0=männlich
A1_13	Kontrakturen		1=ja, 2=nein
ps_kat	Pflegestufe (drei Kategorien)	berechnet aus A1_9	1= PS 0/I, 2= PS II, 3= PS III/HF
A1_15_34	chronische Niereninsuffizienz		1=ja, 2=nein
A1_15_18	Demenz		1=ja, 2=nein
A1_15_20	Depressionen		1=ja, 2=nein
A1_15_22	Tinnitus		1=ja, 2=nein
A1_15_30	Diabetes mellitus		1=ja, 2=nein
A1_15_1	Hypertonie		1=ja, 2=nein
A1_15_6	Hypotonie		1=ja, 2=nein
A1_15_3	Zerebrovaskuläre Krankheiten/Schlaganfall		1=ja, 2=nein
A1_15_14	Frakturen		1=ja, 2=nein
A1_15_48	Sehstörungen		1=ja, 2=nein
A1_15_50	Hörstörungen		1=ja, 2=nein
Kog_Score	Kognitive Fähigkeiten (NBA-Score)	berechnet aus A3_1 bis A3_8	metrisch (groß = starke Beeinträchtigung)
A1_3_1	Apoplex		1=ja, 2=nein
A1_3_3	Fraktur		1=ja, 2=nein
A1_3_5	Herzinfarkt		1=ja, 2=nein
sonstige	Sonstige Erkrankungen (Berücksichtigung der Textfeld-Codes 1 ;2; 4; 6; 7; 8; 9; 10; 12; 13; 14 ;15; 16; 17; 19; 20; 21; 22; 23; 25; 26; 27; 29; 30; 31; 32)	berechnet aus A1_3_7, A1_3_9, A1_3_11, A1_3_13, A1_3_15	1=ja, 2=nein

zusätzlich in Modell 2: bedingt beeinflussbare Einflussfaktoren

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
A8_2_1	aktuelles Körpergewicht (kg)		metrisch
ebomo_summe	EBoMo-Score	berechnet aus A2_6 bis A2_16	metrisch (groß = starke Beeinträchtigung)
A1_15_42	Alkoholabhängigkeit		1=ja, 2=nein
A1_15_43	Drogenprobleme		1=ja, 2=nein

Anlage 19: Bei der Risikoadjustierung berücksichtigte (getestete) Einflussfaktoren

Wingefeld-Indikatoren 6/7: Dekubitusentstehung

Modell 1: nicht beeinflussbare Einflussfaktoren

keine Bewohner*innen ausgeschlossen

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
A1_10	Anzahl Krankenhaustage		metrisch
A1_14	beatmungspflichtig		1=ja, 2=nein
A1_15_1	Hypertonie		1=ja, 2=nein
A1_15_14	Frakturen		1=ja, 2=nein
A1_15_15	Arthrose		1=ja, 2=nein
A1_15_18	Demenz		1=ja, 2=nein
A1_15_19	Schizophrene Psychosen		1=ja, 2=nein
A1_15_20	Depressionen		1=ja, 2=nein
A1_15_24	Parkinson		1=ja, 2=nein
A1_15_25	Neuropathien		1=ja, 2=nein
A1_15_28	COPD		1=ja, 2=nein
A1_15_3	Zerebrovaskuläre Krankheiten/Schlaganfall		1=ja, 2=nein
A1_15_30	Diabetes mellitus		1=ja, 2=nein
A1_15_31	Schilddrüsenerkrankungen		1=ja, 2=nein
A1_15_4	Periphere arterielle Verschlusskrankheiten		1=ja, 2=nein
A1_15_41	Pergamenthaut bei Kortison- etc. Behandlung		1=ja, 2=nein
A1_15_5	Herzinsuffizienz		1=ja, 2=nein
A1_15_55	Zustand nach Verbrennungen		1=ja, 2=nein
A1_15_56	Zustand nach Mehrfachverletzungen		1=ja, 2=nein
A1_15_6	Hypotonie		1=ja, 2=nein
A1_7	Alter		metrisch
A1_8	Geschlecht		1=weiblich, 0=männlich
A10_4	Sedierende Medikamente		1=ja, 2=nein
A7_2	Nasensonde/Nasentubus		1=ja, 2=nein
Kog_Score	Kognitive Fähigkeiten (NBA-Score)	berechnet aus A3_1 bis A3_8	metrisch (groß = starke Beeinträchtigung)
wach	Bewusstseinszustand	berechnet aus A1_6	1=wach, 2=schläfrig/somnalent/komatös
ps_kat	Pflegestufe (drei Kategorien)	berechnet aus A1_9	1= PS 0/I, 2= PS II, 3= PS III/HF

zusätzlich in Modell 2: bedingt beeinflussbare Einflussfaktoren

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
bett	Bettlägerigkeit	berechnet aus A7_3	1=leichte/mittelschwere/schwere, 0= keine Bettlägerigkeit
ebomo	EBoMo-Score	berechnet aus A2_6 bis A2_16	metrisch (groß = starke Beeinträchtigung)
A1_15_46	Ödeme		1=ja, 2=nein
dek_prophylaxe	Ablehnung von Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe, Berücksichtigung der Textfeld-Codes 3; 4; 6;	berechnet aus A1_5_2, A1_5_4	1=ja, 2=nein

Anlage 19: Bei der Risikoadjustierung berücksichtigte (getestete) Einflussfaktoren

Modifizierter Indikator 8/9: Stürze mit gravierenden Folgen

Modell 1: nicht beeinflussbare Einflussfaktoren

keine Bewohner*innen ausgeschlossen

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
Kog_Score	Kognitive Fähigkeiten (NBA-Score)	berechnet aus A3_1 bis A3_8	metrisch (groß = starke Beeinträchtigung)
A1_7	Alter		metrisch
A1_8	Geschlecht		1=weiblich, 0=männlich
ps_kat	Pflegestufe (drei Kategorien)	berechnet aus A1_9	1= PS 0/I, 2= PS II, 3= PS III/HF
A1_11	Anzahl Medikamente		metrisch
A1_15_54	Zustand nach Amputationen		1=ja, 2=nein
A1_15_15	Arthrose		1=ja, 2=nein
A1_15_16	Osteoporose		1=ja, 2=nein
A1_15_17	rheumatische Krankheiten		1=ja, 2=nein
A1_15_50	Hörstörungen		1=ja, 2=nein
A1_15_48	Sehstörungen		1=ja, 2=nein
A1_15_30	Diabetes mellitus		1=ja, 2=nein
A1_15_28	COPD		1=ja, 2=nein
A1_15_26	Asthma		1=ja, 2=nein
A1_15_27	Pneumonie		1=ja, 2=nein
A1_15_29	Chronischer Husten		1=ja, 2=nein
A1_15_20	Depressionen		1=ja, 2=nein
A1_15_23	Multiple Sklerose		1=ja, 2=nein
A1_15_24	Parkinson		1=ja, 2=nein
A1_15_8	Arteriosklerose		1=ja, 2=nein
A1_15_1	Hypertonie		1=ja, 2=nein
A1_15_5	Herzinsuffizienz		1=ja, 2=nein
A1_15_6	Hypotonie		1=ja, 2=nein
A1_15_4	Periphere arterielle Verschlusskrankheiten		1=ja, 2=nein
A1_15_3	Zerebrovaskuläre Krankheiten/Schlaganfall		1=ja, 2=nein
A2_18	dokumentierter Schwindel	umkodiert 0/1/2/3 zu 1/2	1=ja (max. 1mal wöchentlich-täglich), 2=nein (nie)
krebs	Krebserkrankung	berechnet aus A1_15_9-A1_15_13	1=ja, 2=nein
A5_10	Ängste	umkodiert 0/1/2/3 zu 1/2	1=ja (max. 1mal wöchentlich-täglich), 2=nein (seltener/nie)
A2_17	dokumentierte Angst vor Stürzen	umkodiert 0/1/2/3 zu 1/2	1=ja (max. 1mal wöchentlich-täglich), 2=nein (nie)
A1_15_22	Tinnitus		1=ja, 2=nein
A1_15_33	Verdauungserkrankungen, Magen-Darmerkrankungen		1=ja, 2=nein
A1_15_32	Karies/ Zahngesundheit		1=ja, 2=nein
lauf	Laftendenz	berechnet aus A9_3	1=ja/zeitweise, 2=nein

zusätzlich in Modell 2: bedingt beeinflussbare Einflussfaktoren

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
A8_2_1	aktuelles Körpergewicht (kg)		metrisch
A1_15_46	Ödeme		1=ja, 2=nein
ebomo_summe	EBoMo-Score	berechnet aus A2_6 bis A2_16	metrisch (groß = starke Beeinträchtigung)
sturzprophylaxe	Ablehnung von Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, Berücksichtigung von Textfeld-Code 1	berechnet aus A1_5_2, A1_5_4	

Anlage 19: Bei der Risikoadjustierung berücksichtigte (getestete) Einflussfaktoren

Modifizierter Indikator 10/11: unbeabsichtigter Gewichtsverlust

Modell 1: nicht beeinflussbare Einflussfaktoren

ausgeschlossen: Bewohner*innen mit beabsichtigtem Gewichtsverlust (Diät, A8_4 = 1)

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
kog_score	Kognitive Fähigkeiten (NBA-Score)	berechnet aus A3_1 bis A3_8	metrisch (groß = starke Beeinträchtigung)
A1_7	Alter		metrisch
A1_11	Anzahl Medikamente		metrisch
A1_10	Anzahl Krankenhaustage		metrisch
A1_8	Geschlecht		1=weiblich, 0=männlich
ps_kat	Pflegestufe (drei Kategorien)	berechnet aus A1_9	1= PS 0/I, 2= PS II, 3= PS III/HF
A1_15_52	Dysphagie (Schluckstörung)		1=ja, 2=nein
A8_3_1	bedingt durch eine fortschreitende Krebserkrankung		1=ja, 2=nein
A8_3_2	bedingt durch medikamentöse Ausschwemmungen		1=ja, 2=nein
A8_3_3	bedingt durch eine Amputation		1=ja, 2=nein
A8_3_4	weitere Gründe, Berücksichtigung von Textfeld-Code 32	berechnet aus A8_3_5	1=ja, 2=nein

zusätzlich in Modell 2: bedingt beeinflussbare Einflussfaktoren

keine vorhanden

Modifizierter Indikator 13: Einsatz von Gurtfixierungen

Modell 1: nicht beeinflussbare Einflussfaktoren

ausgeschlossen: komatöse Bewohner*innen

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
A10_5	Selbstgefährdung	Umcodierung 0/1/2/3 zu 1/2	1=ja (monatlich und seltener/wöchentlich/täglich), 2=nein (nie)
A10_6	Suizidgefahr	Umcodierung 0/1/2/3 zu 1/2	1=ja (monatlich und seltener/wöchentlich/täglich), 2=nein (nie)
A10_7	Notwendigkeit ärztliche Zwangsmaßnahme	Umcodierung 0/1/2/3 zu 1/2	1=ja (monatlich und seltener/wöchentlich/täglich), 2=nein (nie)
A10_8	Überschätzung eigener körperlicher Fähigkeiten	Umcodierung 0/1/2/3 zu 1/2	1=ja (monatlich und seltener/wöchentlich/täglich), 2=nein (nie)
Kog_Score	Kognitive Fähigkeiten (NBA-Score)	berechnet aus A3_1 bis A3_8	metrisch (groß = starke Beeinträchtigung)
verhalten_score	Verhaltensauffälligkeiten (NBA-Score Modul 3)	berechnet aus A5_1 bis A5_13	metrisch (groß = starke Beeinträchtigung)

zusätzlich in Modell 2: bedingt beeinflussbare Einflussfaktoren

keine vorhanden

Anlage 19: Bei der Risikoadjustierung berücksichtigte (getestete) Einflussfaktoren

Modifizierter Indikator 15: Schmerzmanagement (SCHMERZ)

Modell 1: nicht beeinflussbare Einflussfaktoren

keine Bewohner*innen ausgeschlossen

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
kog_score	Kognitive Fähigkeiten (NBA-Score)	berechnet aus A3_1 bis A3_8	metrisch (groß = starke Beeinträchtigung)
ps_kat	Pflegestufe (drei Kategorien)	berechnet aus A1_9	1= PS 0/I, 2= PS II, 3= PS III/HF
A1_7	Alter		metrisch
A1_8	Geschlecht		1=weiblich, 0=männlich
Diagnosen_Summe	Summe aller Diagnosen	berechnet aus A1_15_1 - A1_15_59	metrisch
A1_15_2	Ischämische Herzkrankheiten/ Akuter Myokardinfarkt		1=ja, 2=nein
A1_15_5	Herzinsuffizienz		1=ja, 2=nein
A1_15_3	Zerebrovaskuläre Krankheiten/Schlaganfall		1=ja, 2=nein
A1_15_15	Arthrose		1=ja, 2=nein
A1_15_14	Frakturen		1=ja, 2=nein
A1_15_16	Osteoporose		1=ja, 2=nein
A1_15_17	Rheumatische Krankheiten		1=ja, 2=nein
A1_15_30	Diabetes mellitus		1=ja, 2=nein
A1_13	Kontrakturen		1=ja, 2=nein
A1_15_50	Hörstörungen		1=ja, 2=nein
A1_15_48	Sehstörungen		1=ja, 2=nein
krebs	Krebserkrankung	berechnet aus A1_15_9-A1_15_13	1=ja, 2=nein
A1_15_34	chronische Niereninsuffizienz		1=ja, 2=nein
A5_10	Ängste	umkodiert 0/1/2/3 zu 1/2	1=ja (max. 1mal wöchentlich-täglich), 2=nein (seltener/nie)
A1_15_18	Demenz		1=ja, 2=nein
A1_15_20	Depressionen		1=ja, 2=nein
A1_15_23	Multiple Sklerose		1=ja, 2=nein
A1_15_25	Neuropathien		1=ja, 2=nein

zusätzlich in Modell 2: bedingt beeinflussbare Einflussfaktoren

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
A8_2_1	aktuelles Körpergewicht (kg)		metrisch

Anlage 19: Bei der Risikoadjustierung berücksichtigte (getestete) Einflussfaktoren

Neuer Indikator 16: Blasenkontinenz (Erhalt oder Verbesserung)

Modell 1: nicht beeinflussbare Einflussfaktoren

ausgeschlossen: Bewohner*innen mit nicht kompensierter Inkontinenz (A14_1 = 6)

Variable	Bezeichnung	Bemerkung	Ausprägungen
A1_7	Alter		metrisch
A1_8	Geschlecht		1 = weiblich, 2 = männlich
A1_8_1	Anzahl Geburten	für Männer = 0	metrisch

zusätzlich in Modell 2: bedingt beeinflussbare Einflussfaktoren

keine vorhanden

20 Berechnungsmodell der Risikoadjustierung

Anlage 20: Berechnungsmodell der Risikoadjustierung

Teil 1: Parameter für die schrittweise Regression

Bei der Durchführung einer schrittweisen Regression muss entschieden werden, bis zu welchem p-Wert mögliche Einflussvariablen in das Modell aufgenommen werden (Entry-Parameter) bzw. ab welchem p-Wert sie wieder entfernt werden (Stay-Parameter). Da das Ziel der Regression keine Analyse der Signifikanz der Einflüsse ist, sondern die Prognose der abhängigen Variablen, ist es sinnvoll, die Grenze für den p-Wert nicht zu klein zu wählen. Einen allgemeinen Standard gibt es jedoch nicht. Aus diesem Grund wurde für einen Indikator die Modellauswahl für mehrere Varianten des Entry- und des Stay-Parameters durchgeführt (diese wurden jeweils gleich gewählt, da es keinen Grund für eine unterschiedliche Auswahl gibt). Berechnet wurden sowohl das erste Modell mit der schrittweisen Regression für die nicht beeinflussbaren Einflussfaktoren als auch das zweite Modell mit der Vorwärtsselektion (für die nur der Entry-Parameter gewählt werden muss), welche die Auswahl des ersten Modells und die bedingt beeinflussbaren Einflussfaktoren enthält.

Tabelle 1 zeigt für jede Wahl der Parameter, wie viele Variablen schließlich ausgewählt wurden, um das AIC zu minimieren. Es ist ersichtlich, dass ab einem bestimmten p-Wert (hier: 0,3) keine Veränderung eintritt, weder zu einem höheren noch zu einem niedrigeren AIC. Es wurde daher für alle Indikatoren der Wert 0,5 als Entry- und Stay-Parameter gewählt. Mit dieser Wahl ist gesichert, dass alle relevanten Variablen gefunden, aber keine unnötigen Variablen ausgewählt werden.

Tabelle 1: Minimiertes AIC-Kriterium für die ausgewählten Modelle bei verschiedenen Entry- und Stay-Parametern. Zur Auswahl berücksichtigte Variablen der Modelle: siehe Beginn von Kapitel 11 des Berichts.

Modell 1 (Stepwise)				Modell 2 (Forward, Include Model 1)		
Entry	Stay	Variablen	AIC	Entry	Variablen	AIC
0,05	0,05	5	2468,09	0,05	6	2165,55
0,1	0,1	5	2468,09	0,05	6	2165,55
0,3	0,3	6	2467,61	0,3	7	2163,21
0,5	0,5	6	2467,61	0,5	7	2163,21
0,7	0,7	6	2467,61	0,7	7	2163,21

Teil 2: Ermittlung der adjustierten Indikatoren auf Heimebene

Im Folgenden wird ausführlich beschrieben, wie nach erfolgter Modellauswahl der adjustierte Indikator berechnet wird, welcher Grundlage für die risikoadjustierte Bewertung der Einrichtungen ist.

1) Beobachteter Indikatorwert pro Bewohner*in

Es wird für jede(n) Bewohner*in (indiziert mit i) berechnet, ob das definierte Kriterium (z.B. Erhalt der Mobilität, Entstehen eines neuen Dekubitus etc.) zutrifft und so der beobachtete Indikatorwert B_i festgelegt. Falls das Kriterium zutrifft, ist der beobachtete Wert = 1, sonst = 0. Falls der/die Bewohner*in ein Ausschlusskriterium erfüllt oder der Indikator aufgrund fehlender Angaben nicht bestimmt werden kann, ist der beobachtete Wert fehlend und wird in die Berechnungen nicht einbezogen.

2) Erwarteter Indikatorwert pro Bewohner*in

Für jede(n) Bewohner*in werden ihre/seine individuellen Werte der Einflussfaktoren (z.B. Anzahl Krankenhaustage, Diagnose Parkinson ja/nein) in die finale Modellgleichung der logistischen Regression eingesetzt. Auf diese Weise wird der erwartete Indikatorwert E_i , also die prognostizierte Wahrscheinlichkeit für den Indikatorwert 1 (zwischen 0 und 1) berechnet.

3) Berechnung des adjustierten Indikatorwertes pro Heim

Die pro Bewohner*in ermittelten beobachteten Indikatorwerte B_i und erwarteten Indikatorwerte E_i werden für jedes Heim wie folgt aggregiert:

$$\frac{\sum_i (B_i - E_i)}{\sqrt{(\sum_i E_i \cdot (1 - E_i))}}$$

Im Zähler des Bruchs werden die Differenzen zwischen beobachtetem und erwartetem Indikatorwert über alle Bewohner*innen des Heims summiert. Das Vorzeichen der Summe gibt an, ob das Heim insgesamt besser oder schlechter abgeschnitten hat als aufgrund des Risikoprofils seiner Bewohner*innen zu erwarten wäre. Die Größe der Summe hängt stark davon ab, wie viele Bewohner*innen in der Summe enthalten sind, d.h. von der Heimgröße. Zudem kann die Summe unterschiedlich stark variieren, je nachdem ob in der Einrichtung besonders viele oder wenige Bewohner*innen mit hohem Risikoprofil wohnen oder es eine große Bandbreite unterschiedlicher Profile gibt. Da diese Faktoren nicht von den Heimen beeinflusst werden können, wird die Summe mit einem geeigneten Faktor normiert. Geteilt wird im Nenner des Bruchs durch die theoretische Standardabweichung der Summe im Zähler. Dadurch entsteht eine standardisierte Größe, die alle Heime unabhängig von ihrer Größe und ihrem Risikoprofil bewertet.

Illustration der Eigenschaften des adjustierten Indikators

Abbildung 1 und **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**Abbildung 2 veranschaulichen die Unterschiede zwischen dem Original-Indikator und dem adjustierten Indikator beispielhaft für Indikator 5 (Selbständigkeitserhalt bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte). Dargestellt sind jeweils die Indikatorwerte pro Heim in Abhängigkeit von der Heimgröße. Hierbei wird für beide Diagramme als Heimgröße die Anzahl der einbezogenen Heimbewohner*innen für die Risikoadjustierung dargestellt, also ohne Berücksichtigung des Ausschlusskriteriums. Zur Berechnung des Original-Indikators wurde aber die Definition von Wingenfeld et al. (2011) verwendet, d.h. Bewohner*innen mit einem völligen oder weitgehenden Fähigkeitsverlust im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten wurden ausgeschlossen.

Zu erkennen ist zunächst, dass die Regressionsgerade in Abbildung 2 etwas flacher verläuft, d.h. die Korrelation zwischen der Heimgröße und dem Wert des Indikators ist sehr gering. Ferner ist auffällig, dass die beiden Einrichtungen mit Bewohner*innenzahl 5 und 9, welche laut Wingenfeld den Wert 0 erhalten (d.h. schlechteste Bewertung), mit dem adjustierten Indikator die Werte -1,5 bzw. -2,9 zugeordnet bekommen (wobei der Mittelwert etwa bei Null liegt). Damit würde das eine Heim als durchschnittlich, das andere als unterdurchschnittlich eingestuft werden. Dies bedeutet erstens, dass – im Gegensatz zu Wingenfeld – kleine Heime nicht zwangsläufig als unterdurchschnittlich bewertet werden, wenn keine(r) ihrer wenigen Bewohner*innen die Indikatordefinition des Selbständigkeitserhalts erfüllt. Vielmehr wird das möglicherweise hohe Risiko der Bewohner*innen berücksichtigt. Zweitens werden nicht beide Heime identisch bewertet, sondern trotz gleichen Ergebnisses gemäß ihrer Risikoprofile unterschiedlich eingestuft.

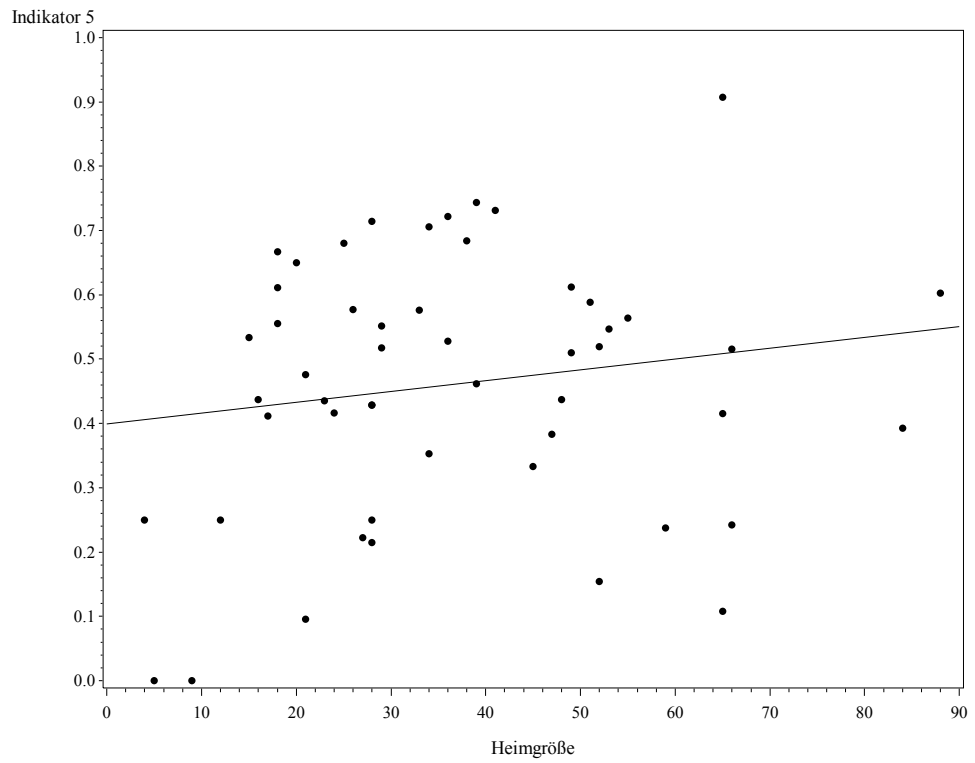


Abbildung 1: Streudiagramm zum Einfluss der Heimgröße auf den Wert des Wingsfeld-Indikators 5
Korrelation: $\rho = 0,162$

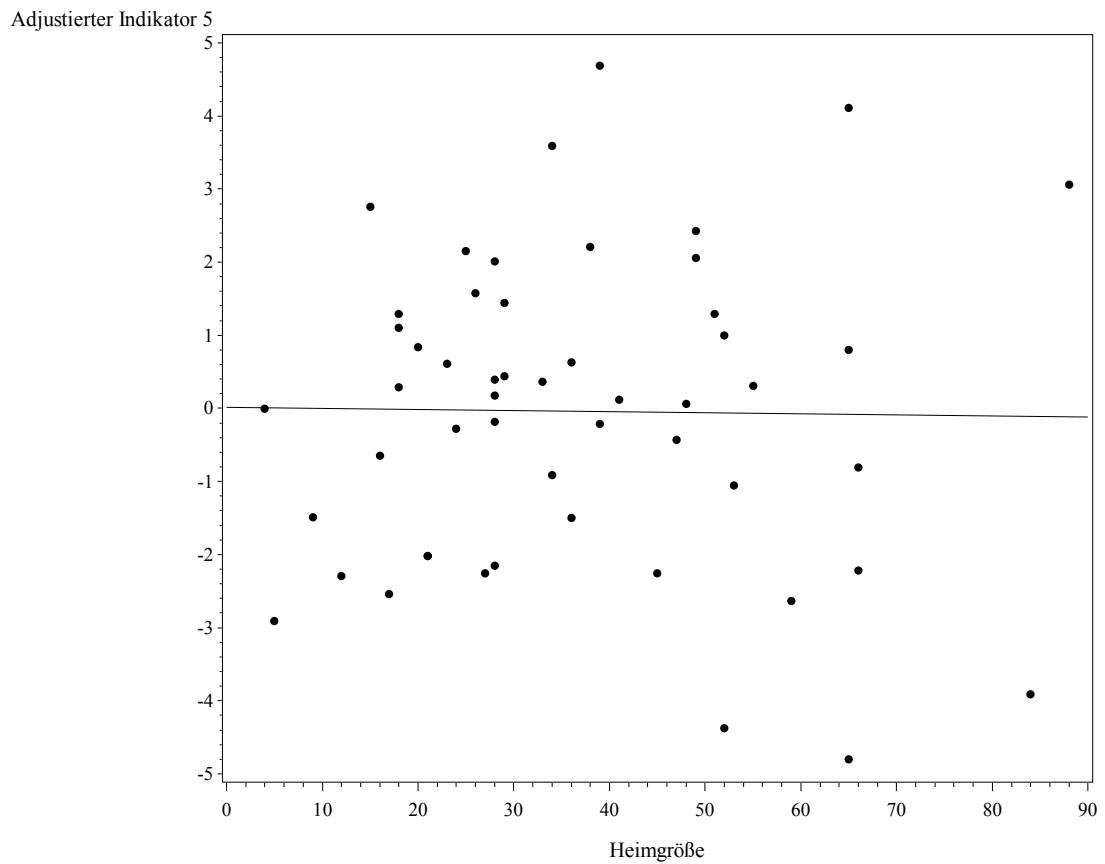


Abbildung 2: Streudiagramm zum Einfluss der Heimgröße auf den Wert des adjustierten Indikators 5
Korrelation: $\rho = -0,013$

21 Rückmeldungen zu den Items des Erhebungsinstruments

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
1. Allgemeine Angaben zum Bewohner					
1.1	Datum des Heimeinzugs	Unsicherheit bei der Erfassung des Einzugsdatums bei Übergang aus der Kurzzeitpflege		Einzugsdatum wurde unterschiedlich erfasst. Teilweise wurde das Datum des Einzugs in die vollstationäre Versorgung erfasst, teilweise das Datum der Aufnahme im Rahmen der Kurzzeitpflege.	Klarstellung, welches Datum als Einzugsdatum zu definieren ist. Der "Heimeinzug" beginnt teilweise mit der Kurzzeitpflege.
1.2	Liegt ein richterlicher Beschluss zu freiheitsentziehenden Maßnahmen vor?				
1.3	Ist es bei dem Bewohner in den vergangenen 6 Monaten zu einem Krankheitsereignis gekommen, das zu einem anhaltenden Verlust an Selbständigkeit oder zu körperlichen Einschränkungen geführt hat? Wenn ja, bitte die Erkrankung und deren Zeitpunkt angeben:	Unsicherheit tritt bei Ersterfassungen auf, da unklar ist, inwieweit auch die Erkrankungen vor dem Einzug relevant sind. Es fehlt die klare Regelung, dass die Diagnosen medizinisch gesichert sein müssen (dokumentiert). Unsicherheit ergab sich immer wieder bei der Diagnose Demenz.	Unsicherheit bei der Beurteilung: vor dem Heimeinzug liegende Ereignisse sind nicht in allen Fällen erfasst und nachvollziehbar		Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf Ggf. Diagnosenauswahl vorgeben
1.3.1	Apoplex				
1.3.2	Apoplex Datum				
1.3.3	Fraktur	Hinweis einer PFK: Bewohnerin wurde mehrmals operiert, welches Datum ist zu berücksichtigen?			Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf
1.3.4	Fraktur Datum				
1.3.5	Herzinfarkt				
1.3.6	Herzinfarkt Datum				
1.3.7	Sonstige Erkrankung 1				
1.3.8	Sonstige Erkrankung 1 Datum				
1.4	Bestehen bei dem Bewohner außergewöhnliche Erkrankungen oder Belastungen, die zu einem speziellen Unterstützungsbedarf führen (z.B. MS, Wachkoma, Beatmungspflicht)?	Die Fragestellung enthält einen großen Interpretationsspielraum. Hinterfragt wurde der Portzugang (ungewöhnlich, aber auch besonders hohen Unterstützungsbedarf? Blindheit?	Begriff „Wachkoma“ nicht trennscharf genug.		(Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf)

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
1.4.1	Um welche Erkrankung oder Belastung handelt es sich?				
1.5	Ist dokumentiert, dass der Bewohner oder andere autorisierte Personen die Durchführung fachlich gebotener Prophylaxemaßnahmen ablehnen?	Laut PFK gibt es Bewohner, die alle Maßnahmen ablehnen, müssen hierzu sämtliche Maßnahmen gelistet werden? Maßnahmen werden zwar in der Umsetzung akzeptiert, wird aber nicht vom Bewohner fortgeführt (z. B. entlagert sich nach der Maßnahme)	Ablehnung von Prophylaxen und anderen Maßnahmen sind an unterschiedlichen Orten oder gar nicht dokumentiert: hoher Aufwand in der Informationsbeschaffung	Ablehnungen können tagesformabhängig sein, Ablehnungen sind nicht immer dokumentiert, Prophylaxen werden nicht einheitlich als solche definiert (Beispiel Trinkmenge) Fehlerhafte Angabe - Eine Ablehnung von prophylaktischen Maßnahmen ist nicht erkennbar.	Leitfaden konkretisieren Mehrfachauswahl von Maßnahmen angeben
1.5.1	Bewohner				
1.5.2	Bewohner: Um welche Maßnahmen handelt es sich?			Interpretationsproblematik	
1.5.3	Angehörige/Betreuer				
1.5.4	Angehörige/Betreuer: Um welche Maßnahmen handelt es sich?				
1.6	Bewusstseinszustand:	Unsicherheit bei der Erfassung: Bewohner ist wach, kann aber an keinen Aktivitäten teilnehmen, weil sie kognitiv in einer anderen Welt lebt Bei MCS schwierig zu beurteilen (minimaler Bewusstseinszustand). Es gibt Bewohner mit wechselnden Bewusstseinszuständen.	Bei MCS schwierig zu beurteilen (minimaler Bewusstseinszustand). Es gibt Bewohner mit wechselnden Bewusstseinszuständen. Menschen in neurologischen Krankheitsbildern können in dieser Definition nicht abgebildet werden.	Einordnung schwierig bei krankheitsbedingtem wechselhaften Zustand (Vorschlag: es sollte gewertet werden, was überwiegt)	Leitfaden konkretisieren Ergänzung der Auswahlkategorien
1.7	Geburtsdatum (wird als Alter exportiert)			Das Alter kann bei der Plausibilitätsprüfung aufgrund der Zeitspanne bereits abweichen	
1.8	Geschlecht				
1.8.1	Anzahl der Geburten	Häufiger Kommentar: „Wir wissen das nicht immer.“	Nicht regelhaft dokumentiert	4 fehlerhafte Angaben - Übertragungsfehler, falsche Dokumentationsquelle	
1.7	Geburtsdatum (wird als Alter exportiert)			Das Alter kann bei der Plausibilitätsprüfung aufgrund der Zeitspanne bereits abweichen	
1.8	Geschlecht				
1.8.1	Anzahl der Geburten	Hinweis einer PFK: Anzahl der Geburten sind nicht immer bekannt.		4 fehlerhafte Angaben - Übertragungsfehler, falsche Dokumentationsquelle	Entfällt, kein Item des finalen Sets
1.9	Pflegestufe				

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
1.10	Anzahl der Krankenhaustage in den letzten 6 Monaten (auch Notaufnahme, Rehaklinik u.a. stationäre Aufenthalte)	Beobachtung: Es ist zu verdeutlichen, dass die Tage vor den 6 Monaten nicht gezählt werden, auch nicht, wenn es einen Übergang in die 6 Monate rein gibt.	Informationen nicht in allen Einrichtungen dem Pflegepersonal zugänglich. Daten liegen in der Verwaltung. Hoher Aufwand der Informationsbeschaffung. Angaben im Leitfaden nicht eindeutig: sind Besuche bei Diagnostik oder Therapie (Röntgen/Dialyse) mit aufzunehmen?	Fehlerhafte Angaben - Anzahl der Krankenhaustage unterscheidet sich nach Dokumentationsform, keine Dokumentation vorhanden	Dokumentationssystem der Einrichtung ggfs. Anpassen Leitfaden konkretisieren
1.11	Anzahl der verschiedenen Medikamente (verordnet, ohne Bedarfsmedikation)	Beobachtung: Möglicherweise wurden BTM und Insuline nicht immer mitgerechnet, da diese ggf. separat in der Doku geführt werden.		Die Anzahl der Medikamente kann bei der Plausibilitätsprüfung aufgrund der Zeitspanne bereits abweichen	Leitfaden konkretisieren
1.12	Anzahl der verschiedenen Bedarfsmedikationen (verordnet)			Die Anzahl der Medikamente kann bei der Plausibilitätsprüfung aufgrund der Zeitspanne bereits abweichen	Entfällt, kein Item des finalen Sets
1.13	Hat der Bewohner eine oder mehrere Kontrakturen?			Kontrakturen werden aus pflegerischer Sicht nicht immer nachvollziehbar erhoben (fehlende Eintragung, nicht nachvollziehbare Eintragung)	Vollständigkeit der Dokumentation überprüfen
1.14	War der Bewohner in den letzten 6 Monaten beatmungspflichtig?		Hoher Aufwand der Informationsbeschaffung: Lesen von Entlassungsbriefen aus dem Krankenhaus notwendig		Entfällt, kein Item des finalen Sets
1.14.1	Wie viele Beatmungsstunden hat es durchschnittlich im/pro Monat gegeben?				
1.15	Für den Bewohner sind folgende ärztliche Diagnosen in der Pflegedokumentation hinterlegt:	Zeitpunkt-Formulierung unklar. Zustand nach, verwirrt bzgl. des Zeitpunktes der Diagnosestellung. Freies Feld, um Diagnosen eigens einzutragen wäre erwünscht, hinzu kommt „Diagnose-Faulheit“ der einrichtungsbetreuenden Mediziner, gängige Diagnosen werden von Ihnen nicht in Doku vermerkt. Viele pflegetypische fehlen: Aphasien nicht in Diagnosen	Vollständigkeit der Diagnosen wird hinterfragt. Diagnosecluster und Auswahl schwer nachvollziehbar. Zu konkretisieren: inwieweit zurück darf eine Diagnosestellung liegen? Diagnosen mit ICD-Code hinterlegen. Generell klären, wie mit Diagnosen zu verfahren ist, die nicht vom Arzt dokumentiert, aber gestellt sind.		Leitfaden konkretisieren ICD 10-Kodierung einführen (Verpflichtung der Ärzteschaft)

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
		enthalten, dabei wichtiger Punkt in der Pflege. Für die Ausnahmen ohne Diagnosen, sollte die Möglichkeit bestehen, alle Diagnosen auf „nein“ zu setzen. Generell klären, wie mit Diagnosen zu verfahren ist, die nicht vom Arzt dokumentiert, aber gestellt sind.			
1.15.1	Herz- und Kreislauf-Erkrankungen Hypertonie	Hypertonie schließt Hypotonie aus und umgekehrt		Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	Entfällt größtenteils, da viele Diagnosen nicht mehr im finalen Set enthalten sind.
1.15.2	Ischämische Herzkrankheiten/Akuter Myokardinfarkt			Unklare Abgrenzung zur KHK	
1.15.3	Zerebrovaskuläre Krankheiten/Schlaganfall				
1.15.4	Periphere arterielle Verschlusskrankheiten/Krankheiten der Arterien			Unklare Abgrenzung zur KHK / Doppelangabe	
1.15.5	Herzinsuffizienz			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
1.15.6	Hypotonie	Hypertonie schließt Hypotonie aus und umgekehrt			
1.15.7	Vorhofflimmern (absolute Arrhythmie)				
1.15.8	Arteriosklerose			Unklare Abgrenzung zur KHK	
1.15.9	Bösartige Neubildungen des Magens/Magenkrebs	Hinweis der PFK: Auch andere Neubildungen außer die, die gelistet sind, können Einflüsse auf die Indikatoren haben.			
1.15.10	Leukämie				
1.15.11	Prostata-Karzinom	Diagnose ist geschlechtsspezifisch und kann entsprechend ausgeblendet werden			
1.15.12	Blasenkrebs			Fehlerhafte Angabe - "Zustand nach"-Diagnose	
1.15.13	Bauchspeicheldrüsenkrebs				
1.15.14	Frakturen	Unsicherheit bei der Erfassung: Frakturen lassen sich unterscheiden in aktuelle Frakturen, abgeheilte Frakturen ohne Beeinträchtigungen, und abgeheilte Frakturen mit		Fehlerhafte Angabe - Diagnose nicht aktuell	

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
		Beeinträchtigungen. Es ist zu klären, ob der Status der Diagnose zu berücksichtigen ist.			
1.15.15	Arthrose				
1.15.16	Osteoporose				
1.15.17	Rheumatische Krankheiten				
1.15.18	Demenz			3 fehlerhafte Angaben - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation (fehlende Angabe, Angabe nicht nachvollziehbar)	
1.15.19	Schizophrene Psychosen				
1.15.20	Depressionen				
1.15.21	Angststörungen				
1.15.22	Tinnitus				
1.15.23	Multiple Sklerose				
1.15.24	Parkinson				
1.15.25	Neuropathie(n)			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
1.15.26	Asthma				
1.15.27	Pneumonie				
1.15.28	COPD				
1.15.29	Chronischer Husten				
1.15.30	Diabetes mellitus			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
1.15.31	Schilddrüsenerkrankungen				
1.15.32	Karies/Zahngesundheit				
1.15.33	Verdauungserkrankungen, Magen-Darmerkrankungen				
1.15.34	Chronische Niereninsuffizienz			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
1.15.35	Harnwegsinfektionen				
1.15.36	Funktionsstörungen (Prostata)				
1.15.37	Harninkontinenz	Die Diagnose ist schwierig zu beurteilen, wenn Bewohner mit einem DK versorgt sind, der Grund hierfür jedoch nicht bekannt ist. Beobachtung: Längere Diskussion unter den Erheberinnen, ob eine Inkontinenz vorliegt, wenn diese	Oft fehlt die Diagnose, obwohl eine ärztliche Verordnung für Inkontinenzmaterialien vorliegt	Fehlerhafte Angabe - Diagnose aus Arztbericht übernommen, ist aber nicht mehr aktuell Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation Problematik der fehlenden medizinischen Diagnose	

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
		nicht diagnostiziert wurde, aber ein Inkontinenzrezept vorliegt			
1.15.38	Stuhlinkontinenz		Oftmals nicht als Diagnose hinterlegt	Fehlerhafte Angabe - Diagnose aus Arztbericht übernommen, ist aber nicht mehr aktuell Problematik der fehlenden medizinischen Diagnose	
1.15.39	AIDS				
1.15.40	Dekubitus				
1.15.41	Pergamenthaut bei Kortison-, Zytostatika- oder Strahlenbehandlung	Hinweis der PFK: diese Diagnose ist auch ohne Zytostatiker relevant aufgrund des Alters und fehlendem Fettgewebe.			
1.15.42	Alkoholabhängigkeit				
1.15.43	Drogenprobleme				
1.15.44	Sind bei dem Bewohner Verletzungen oder Vergiftungen bekannt?				
1.15.45	Bitte angeben:				
1.15.46	Ödeme	Unsicherheit bei der Erfassung: Wie sind Ödeme zu bewerten, wenn diese medikamentös behandelt werden und hierdurch nicht mehr vorhanden sind, die Diagnose aber bestehen bleibt, da sonst die Medikamentisierung nicht begründet werden kann.			
1.15.47	Erkrankungen mit Veränderung des normalen Bewegungsmusters			Unklare Abgrenzung der Diagnose, Diagnose lässt Interpretationsspielraum zu	
1.15.48	Sehstörungen	Unsicherheit bei der Erfassung: bei Dementen sehr schwer zu identifizieren		Unklare Abgrenzung der Diagnose, Diagnose lässt Interpretationsspielraum zu - Abgrenzung zur Sehschwäche notwendig Problematik der fehlender medizinischer Diagnose	
1.15.49	Gehörerkrankungen	Unsicherheit bei der Erfassung: bei Dementen sehr schwer zu identifizieren		Problematik der fehlender medizinischer Diagnose	
1.15.50	Hörstörungen	Abgrenzung Hörstörung / Hörerkrankung ist unklar Unsicherheit bei der Erfassung: bei Dementen sehr schwer zu identifizieren		Unklare Abgrenzung der Diagnose, Diagnose lässt Interpretationsspielraum zu - Abgrenzung zu Gehörerkrankungen notwendig	

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
1.15.51	Obstipation	Beobachtung: Einrichtungen unterscheidet zwischen fest angesetzten Medikamenten (= Obstipation) und bei Bedarf (= keine Obstipation)			
1.15.52	Dysphagie (Schluckstörung)	Fall: ärztliche Diagnose vorhanden, Logopädin sagt jedoch, dass diese physiologisch nicht vorhanden ist – eher psychisch bedingt			
1.15.53	Beeinträchtigte Zungenfunktion				
1.15.54	Amputation				
1.15.55	Verbrennungen				
1.15.56	Mehrfachverletzungen	Unsicherheit bei der Erfassung: „Mehrfachverletzungen“ nicht eindeutig – wird nur angegeben, wenn Polytrauma diagnostiziert			
1.15.57	Gynäkologische chirurgische Eingriffe	Diagnose ist geschlechtsspezifisch und kann entsprechend ausgeblendet werden			
1.15.58	Chirurgischen Eingriffen am Becken				
1.15.59	Rektumresektion				
1.16	Liegt der Nachweis einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz gemäß §45a SGB XI vor?			Übertragungsfehler - viele Diagnosen im pflegerischen Kontext fehlen	Entfällt, kein item des finalen Sets
2. Mobilität					
2.1	Positionswechsel im Bett		Eher subjektive Bewertung der erhebenden Person, bessere Darstellung als real vorhanden möglich. Unsicherheit bei der Einschätzung.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf
2.2	Stabile Sitzposition halten	Hinweis einer PFK: Im Lagerungsstuhl trotzdem sitzend, da Beine abgewinkelt sind – letztlich besteht die Frage, wie weit das Rückenteil zurückgestellt wird, um noch vom Sitzen oder dann schon vom Liegen sprechen zu können.	Eher subjektive Bewertung der erhebenden Person, bessere Darstellung als real vorhanden möglich. Unsicherheit bei der Einschätzung.		Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf
2.3	Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen		Eher subjektive Bewertung der erhebenden Person, bessere Darstellung als real vorhanden	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung, Mobilität ist	Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
			möglich. Unsicherheit bei der Einschätzung.	teilweise tagesformabhängig oder krankheitsbedingt schwankend	
2.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs		Eher subjektive Bewertung der erhebenden Person, bessere Darstellung als real vorhanden möglich. Unsicherheit bei der Einschätzung.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf
2.5	Treppensteigen	Unsicherheit bei der Erfassung: Person kann die Treppe alleine laufen, benötigt aber Unterstützung beim Tragen des Hilfsmittels (Rollator)	Eher subjektive Bewertung der erhebenden Person, bessere Darstellung als real vorhanden möglich. Unsicherheit bei der Einschätzung. Fähigkeit wird nicht getestet. Unsicherheit bei der Erfassung: Person kann die Treppe alleine laufen, benötigt aber Unterstützung beim Tragen des Hilfsmittels (Rollator)	Keine Prüfbarkeit, da entweder keine entsprechende Dokumentation vorliegt und die Angaben ggf. nicht mit dem Bewohner besprochen werden können	Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf
2.6	EBoMO (Erfassungsbogen Mobilität - modifiziert) POSITIONSWECHSEL IM BETT - Dreht sich im Bett von einer Seite zur anderen		Differenzierter und einfacher zu beurteilen als die Items des NBA Moduls Mobilität. Wird Bewohnern mit ausgeprägten Einschränkungen gerecht.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung, Mobilität ist teilweise tagesformabhängig oder krankheitsbedingt schwankend, Unsicherheit, ob Auswirkungen auf die Pflegestufe möglich sind	Entfällt, kein Item des finalen Sets
2.7	POSITIONSWECHSEL IM BETT - Stellt die Beine auf	Unsicherheit bei der Erfassung: Mitarbeiter berichtet, dass die Zuordnungen für intensive Diskussionen sorgten, bis hin zu Streitgesprächen, die der Subjektivität der Items (auch beim NBA) geschuldet sind	s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
2.8	TRANSFER - Begibt sich von der Rückenlage im Bett in die Sitzposition		s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
2.9	TRANSFER - Verlagert in der sitzenden Position das Gleichgewicht zum Stehen		s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
2.10	TRANSFER - Richtet den Oberkörper auf		s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
2.11	SITZEN IM STUHL - Sitzt frei (Rumpfkontrolle)		s.o.		
2.12	STEHEN - Hält beim Stehen das Gleichgewicht		s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
2.13	GEHEN - Hält beim Gehen das Gleichgewicht		s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
2.14	TREPPEN STEIGEN - Steigt Treppen		s.o.	Keine Prüfbarkeit, da entweder keine entsprechende Dokumentation vorliegt und die Angaben ggf. nicht mit dem Bewohner besprochen werden können	
2.15	BEWEGUNG - Bewegt sich innerhalb der Einrichtung		s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
2.16	BEWEGUNG - Bewegt sich außerhalb der Einrichtung		s.o.		Entfällt, kein Item des finalen Sets
2.17	Es ist dokumentiert, dass der Bewohner Angst davor hat zu stürzen.	Unsicherheit bei der Erfassung: „Angst“ ist mitunter nicht beurteilbar, da adäquate Antworten/Reaktionen nicht möglich sind Häufigkeit ist nicht immer dokumentiert	Oft nicht regelhaft dokumentiert. Aussage zur Häufigkeit nur von Bezugspflegerkraft zu beantworten.	Unklare Abgrenzung zum Phänomen Angst, Phänomen lässt Interpretationsspielraum zu - zudem widersprüchliche Angaben, da Angst zweimal abgefragt wird	Leitfaden konkretisieren
2.18	Es ist dokumentiert, dass der Bewohner unter "Schwindel" leidet	Unsicherheit bei der Erfassung: Schwer zu beurteilen, da teilweise nur eine Interpretation von Verhalten möglich ist	Oft nicht regelhaft dokumentiert. Aussage zur Häufigkeit nur von Bezugspflegerkraft zu beantworten.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung - 2 Aspekte in einem Item zusammengefasst	Entfällt, kein Item des finalen Sets
3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten					
3.1	Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	Unsicherheit bei der Erfassung: PFK hinterfragt, was wiedererkennen bedeutet (mit Namen kennen, Lächeln zeigen?) Die Beurteilung ist bei MCS besonders schwierig	Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer. Oft nicht regelhaft/umfassend dokumentiert. Bei bewusstseins eingeschränkten Bewohnern Interpretation der PFK.		Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf
3.2	Örtliche Orientierung	Bei MCS schwer beurteilbar	s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
3.3	Zeitliche Orientierung	Bei MCS schwer beurteilbar	s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
3.4	Gedächtnis	Bei MCS schwer beurteilbar Hinweis einer PFK: Bewohnerin kann sich gar nicht äußern	s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
3.5	Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen	Bei MCS schwer beurteilbar	Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer. Oft nicht regelhaft/umfassend dokumentiert.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
3.6	Entscheidungen im Alltagsleben treffen	Bei MCS schwer beurteilbar	s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
3.7	Sachverhalte und Informationen verstehen	Bei MCS schwer beurteilbar	s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
3.8	Risiken und Gefahren erkennen	Bei MCS schwer beurteilbar	s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
3.9	Mitteilung elementarer Bedürfnisse	Bei MCS schwer beurteilbar	Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer. Oft nicht regelhaft/umfassend dokumentiert. Definition der Antwortkategorien passt nicht bei Personen, die Bedürfnisse zwar mitteilen könnten, dieses jedoch aufgrund der Persönlichkeitsstruktur nicht tun (keine Hilfe annehmen wollen, nicht zur Last fallen wollen etc.).	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
3.10	Verstehen von Aufforderungen	Bei MCS schwer beurteilbar	Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer. Oft nicht regelhaft/umfassend dokumentiert.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
3.11	Beteiligung an einem Gespräch	Hinweis einer PFK: Sehr auf Demenz geprägt. Bei MCS schwer beurteilbar, gilt ein Gespräch bei nonverbaler Konversation bzw. ja/nein Fragen?	Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer. Oft nicht regelhaft/umfassend dokumentiert.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	

4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

4.1	Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	Unsicherheit bei der Erfassung: Schwierige Beurteilung, wenn der Bewohner kann, aber nicht mehr will.	Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer. Oft nicht regelhaft/umfassend dokumentiert.	im Rahmen der Plausibilitätsprüfung nicht beurteilbar, Angaben können aufgrund der Zeitspanne zwischen Erhebung und Plausibilitätsprüfung bereits abweichen	Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf Entfällt, kein Item des finalen Sets
4.2	Ruhen und Schlafen	Hinweis einer PFK: Formulierung der Fragen unklar, Bereiche nicht	Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer. Oft nicht	im Rahmen der Plausibilitätsprüfung nicht	

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
		trennscharf, trotzdem sehr subjektive Bewertung, Objektivität nicht gegeben, Bereiche Mobilität, Selbstständigkeit, Schlafqualität vermischen sich.	regelmäßig/umfassend dokumentiert.	beurteilbar, Angaben können aufgrund der Zeitspanne zwischen Erhebung und Plausibilitätsprüfung bereits abweichen	
4.3	Sich beschäftigen	Unsicherheit bei der Erfassung: Es gibt Bewohner, die alles ablehnen und keine Beschäftigung wünschen.	Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer. Oft nicht regelmäßig/umfassend dokumentiert. Schwierige Beurteilung, wenn der Bewohner will, aber nicht mehr kann. Für Bewohner mit psychischen Grunderkrankungen nur sehr schwer und oft gar nicht beurteilbar. Beurteilung subjektiv. Häufig sind die Fähigkeiten tagesformabhängig. Für diese Punkte wäre es besser, die Frage so zu formulieren, ob aus der Dokumentation das Beschäftigen mit diesem Thema hervorgeht.	im Rahmen der Plausibilitätsprüfung nicht beurteilbar, Angaben können aufgrund der Zeitspanne zwischen Erhebung und Plausibilitätsprüfung bereits abweichen, Zustand kann schwanken	
4.4	In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen		s.o.	im Rahmen der Plausibilitätsprüfung nicht beurteilbar, Angaben können aufgrund der Zeitspanne zwischen Erhebung und Plausibilitätsprüfung bereits abweichen	
4.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt		Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer. Oft nicht regelmäßig/umfassend dokumentiert.	im Rahmen der Plausibilitätsprüfung nicht beurteilbar, Angaben können aufgrund der Zeitspanne zwischen Erhebung und Plausibilitätsprüfung bereits abweichen	
4.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	Ausrichtung der Frage wurde bemängelt: Kontaktaufnahme zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes. Aufgrund der Einschränkung der Bewohner müsste fast bei jedem Bewohner im Haus die 3-unselbstständig angegeben werden.	Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer. Oft nicht regelmäßig/umfassend dokumentiert.	im Rahmen der Plausibilitätsprüfung nicht beurteilbar, Angaben können aufgrund der Zeitspanne zwischen Erhebung und Plausibilitätsprüfung bereits abweichen	

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
5. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen					
5.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	Unsicherheit bei der Erfassung: Bei MCS wäre zutreffendes als Fortschritt zu werten	Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer. Oft nicht regelmäßig/umfassend dokumentiert. Die Differenzierung zu den Häufigkeiten in der Woche /Monat ist nicht genau zu bestimmen. Bewohner, die auf Grund von Medikamenten gut eingestellt sind, die Erkrankung einen professionellen Umgang durch das Pflegepersonal erforderlich macht, (keine Überforderung u.s.w.) gehen in diesem Raster unter.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf Dokumentationssystem der Einrichtung ggfs. Anpassen Vollständigkeit der Dokumentation überprüfen
5.2	Nächtliche Unruhe		s.o.	phasenweise vorhanden - Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung, fehlender Dokumentationsnachweis	
5.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten		s.o.	Angaben weichen aufgrund der Zeitspanne zwischen Erhebung und Plausibilitätsprüfung ab - fehlender Dokumentationsnachweis	
5.4	Beschädigung von Gegenständen		s.o.		
5.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen		s.o.		
5.6	Verbale Aggression		s.o.	Angaben weichen aufgrund der Zeitspanne zwischen Erhebung und Plausibilitätsprüfung ab	
5.7	Andere vokale Auffälligkeiten		s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
5.8	Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen		s.o.		
5.9	Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen		s.o.	fehlender Dokumentationsnachweis	
5.10	Ängste		s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation - fehlender Dokumentationsnachweis	
5.11	Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage		s.o.		

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
5.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen		s.o.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung, fehlender Dokumentationsnachweis	
5.13	Sonstige inadäquate Handlungen		s.o.		
6. Selbstversorgung					
6.1	Vorderen Oberkörper waschen		Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung, Versorgung ist teilweise tagesformabhängig oder krankheitsbedingt schwankend, Unsicherheit, ob Auswirkungen auf die Pflegestufe möglich sind	Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf Zeitnahe externe Plausibilitätsprüfung
6.2	Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren		Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
6.3	Intimbereich waschen		Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung / Dokumentation	
6.4	Duschen oder Baden		Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
6.5	Oberkörper an- und auskleiden		Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
6.6	Unterkörper an- und auskleiden		Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
6.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen		Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
6.8	Essen		Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer.		
6.9	Trinken		Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer.		
6.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen		Beurteilung fällt trotz Hinweisen im Leitfaden schwer.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung oder Dokumentation	
6.11	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	Item sollte logisch verknüpft sein	Item sollte logisch verknüpft sein		
6.12	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen (auch Umgang mit Stoma)	Item sollte logisch verknüpft sein	Item sollte logisch verknüpft sein		

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
s1 (6.13.1)	Erhält die Person Sondennahrung?				
s1.1 (6.13.2)	Die Person erhält: zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondennahrung, aber nur gelegentlich (nicht täglich) = 1, 1 bis 3 x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung = 2, mindestens 4 x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung (geringe Mengen) = 3, ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung = 4				
s1.2 (6.13.3)	Pumpe				
s1.3 (6.13.4)	Schwerkraft				
s1.4 (6.13.5)	Bolusgabe				
s1.5 (6.13.6)	Selbständigkeit:				
s2 (6.14.1)	Erhalt die Person parentale Ernährung?				
s2.1 (6.14.2)	Art der parenteralen Ernährung:				
s2.2 (6.14.3)	Selbständigkeit:				
s3 (6.15)	Blasenkontrolle/Harnkontinenz:			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung oder Dokumentation	
s4 (6.16)	Darmkontrolle/Stuhlkontinenz:			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung oder Dokumentation	
s5 (6.17)	Künstliche Harnableitung:			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung oder Dokumentation	
s6 (6.18)	Colo-Ileostoma:				
7. Dekubitus					
7.1	Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate einen oder mehrere Dekubitus?	Unsicherheit bei der Erfassung: Dekubitus vom 11.12.2015 bis 17.06.2016 – dieser Fall kommt in beiden Erhebungen zum tragen			Vollständigkeit der Dokumentation überprüfen

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
7.1.1	1. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
7.1.2	Zeitraum angeben: bis Heute:				
7.1.3	Zeitraum angeben: bis (Datum)			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
7.1.4	Schweregrad des Dekubitus:				
7.1.5	Wo ist der Dekubitus entstanden?				
7.1.6	Ort:			Angabe fehlt	
7.1.7	2. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):				
7.1.8	Zeitraum angeben: bis Heute:				
7.1.9	Zeitraum angeben: bis (Datum)				
7.1.10	Schweregrad des Dekubitus:				
7.1.11	Wo ist der Dekubitus entstanden?				
7.1.12	Ort:			Angabe fehlt	
7.1.13	3. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):				
7.1.14	Zeitraum angeben: bis Heute:				
7.1.15	Zeitraum angeben: bis (Datum)				
7.1.16	Schweregrad des Dekubitus:				
7.1.17	Wo ist der Dekubitus entstanden?				
7.1.18	Ort:			Angabe fehlt	
7.1.19	4. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):				
7.1.20	Zeitraum angeben: bis Heute:				
7.1.21	Zeitraum angeben: bis (Datum)			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
7.1.22	Schweregrad des Dekubitus:				
7.1.23	Wo ist der Dekubitus entstanden?				
7.1.24	Ort:			Angabe fehlt	
7.1.25	5. Dekubitus Zeitraum angeben: von (Datum):				
7.1.26	Zeitraum angeben: bis Heute:				
7.1.27	Zeitraum angeben: bis (Datum)				
7.1.28	Schweregrad des Dekubitus:				
7.1.29	Wo ist der Dekubitus entstanden?				
7.1.30	Ort:				
7.2	Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate eine Nasensonde/Nasentubus liegen?				
7.2.1	Zeitraum angeben: von (Datum):				

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
7.2.2	Zeitraum angeben: bis Heute:				
7.2.3	Zeitraum angeben: bis (Datum)				
7.3	Liegt eine Bettlägerigkeit vor? Keine Bettlägerigkeit = 1 Leichte Bettlägerigkeit (Der Bewohner kann mit/ohne Begleitung ungefähr 4 bis 5 Stunden außerhalb des Bettes sein, etwa in einem Rollstuhl oder in einem Sessel sitzend.) = 2 Mittelschwere Bettlägerigkeit (Der Bewohner kann für wenige Handlungen kurze Zeit das Bett verlassen, etwa um auszuscheiden, zur Körperpflege oder zum Essen.) = 3 Schwere Bettlägerigkeit (In einer schweren Form der Bettlägerigkeit steht der Mensch überhaupt nicht mehr auf – verbringt also 24/h Tag im Bett.) = 4	Beschreibung mit „24h im Bett“ ist irreführend	Erläuterungen im Leitfaden konkretisieren: Unklar, wenn Bewohner den ganzen Tag selbständig oder mit Hilfe mehr als 4-5 Stunden im Rollstuhl verbringen ggf. sogar den ganzen Tag. Erläuterung deutlicher formulieren.		Entfällt, kein Item des finalen Sets
8. Körpergröße und Gewicht					
8.1	Liegt eine Angabe der Körpergröße vor?				
8.1.2	Grund auswählen: 1 = Es liegt noch keine Messung vor (z.B. bei Neueinzug) 2 = Das Messen der Körpergröße wurde/wird vom Bewohner oder Betreuer abgelehnt			keine schlüssige Begründung	
8.1.1	Körpergröße: (cm)				
8.2	Liegt eine Gewichtsangabe vor?				
8.2.1	Aktuelles Körpergewicht: (kg)		Wird nicht unbedingt als relevant betrachtet, wenn keine medizinische oder pflegerische Indikation für regelmäßige Gewichtskontrolle vorliegt.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	Vollständigkeit der Dokumentation überprüfen
8.2.2	erfasst am (Datum):			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
8.2.3	Grund auswählen: 1 = Es liegt noch keine Messung vor (z.B. bei Neueinzug) 2 = Das Wiegen wurde/wird vom Bewohner oder Betreuer abgelehnt			keine schlüssige Begründung	

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
8.3	Gab es medizinische Gründe, die eine starke Gewichtsabnahme in den vergangenen 6 Monaten erklären?	Unsicherheit bei der Erfassung: Es ist nicht beschrieben, ab wann eine „starke“ Gewichtsabnahme zutrifft.	Diagnostik findet nach Information des Arztes nicht immer statt. Bei Ersterfassung nach Heimeinzug fehlt das Bezugsgewicht für die Berechnung des Gewichtsverlusts.	In den Daten fehlt der Vergleich zum ersten Erhebungszeitpunkt, relevante Gewichtsabnahme muss selber erhoben, bzw. errechnet werden - Krankenhausaufenthalt wird in der Erfassung nicht berücksichtigt (fällt unter "weitere Gründe")	Filterfrage setzen Logische Verknüpfungen
8.3.1	bedingt durch eine fortschreitende Krebserkrankung				
8.3.2	bedingt durch medikamentöse Ausschwemmungen				
8.3.3	bedingt durch eine Amputation				Leitfaden konkretisieren
8.3.4	weitere Gründe			ggfs. präziserer Vorgaben für den Einschätzenden	
8.3.5	, bitte angeben			keine schlüssige Begründung	
8.4	Hat der Bewohner in den letzten 6 Monaten eine nicht-medizinische Diät zur Gewichtsreduktion durchgeführt?				
8.5	Sind beim Bewohner Schluckstörungen bekannt und dokumentiert?			fehlender Dokumentationsnachweis	Entfällt, kein Item des finalen Sets
9. Sturzfolgen					
9.1	Ist der Bewohner in den vergangenen 6 Monaten gestürzt?	Rückmeldung aus einer Einrichtung zum Ergebnis: Anzahl der Stürze ist auf eine Bewohnerin zurückzuführen (3 Stürze) Problematik der Aufzählung von Stürzen, wäre erwünscht Feld zu haben, um Stürze zu nennen, die trotz aller Präventionsmaßnahmen entstehen	Schwer zu beantworten bei Ersterfassung nach Heimeinzug.	3 fehlerhafte Angaben - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	Vollständigkeit der Dokumentation überprüfen
9.1.1	Frakturen		Wenn 9.1 = nein, dann im folgenden = 0	Wenn 9.1 = nein, dann im folgenden = 0	Filterfrage setzen Logische Verknüpfungen
9.1.2	behandlungsbedürftige Wunden	Unsicherheit bei der Erfassung: Es ist nicht beschrieben, ab wann eine „behandlungsbedürftige Wunde“ vorliegt.		Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf
9.1.3	andauernde Schmerzen (länger als 48 Stunden)			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
9.1.4	erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
9.1.5	erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
9.1.6	keine der genannten Folgen ist eingetreten			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
9.2	Anzahl der dokumentierten Stürze innerhalb der letzten 6 Monate			2 fehlerhafte Angaben - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
9.3	Liegen Lauffendenzen vor? (Erhöhter Mobilitätsdrang)		Lauffendenzen im Leitfaden nicht konkret genug definiert.	Lauffendenzen bzw. Mobilitätsdrang muss besser definiert werden - 5 fehlerhafte Angaben - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung / Dokumentation	Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf
9.4.1	... Einschränkungen der Sehfähigkeit, trotz Einsatz von Sehhilfen?	Hinweis einer PFK: Was wird unter „äußern“ überhaupt verstanden? Zählen Mimik und Gestik ebenfalls hierzu?		Ausprägungsgrad "nicht relevant" fehlt - Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	Ausprägungsgrad mit "nicht zutreffend/beurteilbar" ergänzen Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf
9.4.2	... Ängsten vor Stürzen?	Hinweis einer PFK: In der Pflegedokumentation ist zwar Sturzangst dokumentiert, jedoch keine Häufigkeit, wodurch an dieser Stelle eine valide Einschätzung nicht möglich ist		Ausprägungsgrad "nicht relevant" bzw. "nein" fehlt - Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung / Dokumentation, wechselndes Skalenniveau könnte für falsche Angaben gesorgt haben	Ausprägungsgrad mit "nicht zutreffend/beurteilbar" ergänzen Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf
10. Fixierungen / FEM					
10.1	Wurden bei dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen Gurtfixierungen angewendet?				
10.1.1	Handfixierung				
10.1.2	Fußfixierung				
10.1.3	Hüftfixierung im Bett				
10.1.4	Hüftfixierung im Stuhl oder Rollstuhl				
10.1.5	Wie oft wurden die Gurtfixierungen angewendet?				
10.2	Wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen mechanisch fixiert? (Beispiele: Verwendung von Bettgitter;	Unsicherheit bei der Erfassung: Bewohnerin ist immobil, Bettseitenteile sind nicht genehmigungspflichtig, kann im	Unsicherheit bei der Erfassung: Bewohnerin ist immobil, Bettseitenteile sind nicht genehmigungspflichtig, kann im		Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
	Sitzhosen; Anlegen von Hand-, Fuß- oder Körperfesseln; Anlegen von Sitz-, Leib- oder Bauchgurten im Bett oder (Roll)-Stuhl; Anlegen von Schutzdecken, Betttüchern oder Schlafsäcken; Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll)-Stuhl, Festigung von Therapie-/Stecktischen am (Roll)-Stuhl u.a.m.)	System jedoch nicht abgebildet werden. Wenn Antwort bei richterlicher Genehmigung mit „nein“ angegeben ist, muss die Immobilität mit geprüft werden (Bettseitenteile sind dann als Sicherungsmaßnahme zu werten).	System jedoch nicht abgebildet werden. Wenn Antwort bei richterlicher Genehmigung mit „nein“ angegeben ist, muss die Immobilität mit geprüft werden (Bettseitenteile sind dann als Sicherungsmaßnahme zu werten).		
10.2.1	Wie oft wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen mechanisch fixiert?				
10.2.2	Hat der Bewohner der Maßnahme nach einer für ihn verständlichen Aufklärung persönlich zugestimmt?				
10.2.3	Gab es für diese Maßnahme eine richterliche Genehmigung?				
10.3	Wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen (tagsüber und/oder in der Nacht) daran gehindert sein Zimmer, den Wohnbereich oder die Einrichtung zu verlassen? (Beispiele: Schwergängige Türen, Abschließen der Zimmertür, Täuschung über vorhandene Verriegelungen an Türen; Verwendung komplizierter Schließ- bzw. Öffnungsmechanismen wie Trick- oder Zahlenschlösser; zeitweises Absperrn der Eingangstür tagsüber oder nachts, ohne dass der Bewohner einen Schlüssel erhält oder das Öffnen der Tür anderweitig sichergestellt ist; gesicherte Aufzüge; Arretieren des Rollstuhles; Zurückhalten am Hauseingang durch das Personal u.a.m.)			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf Vollständigkeit der Dokumentation überprüfen
10.3.1	Wie oft wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen (tagsüber und/oder in der Nacht) daran gehindert sein Zimmer, den Wohnbereich oder die Einrichtung zu verlassen?			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation (Folgefehler)	
10.3.2	Hat der Bewohner der Maßnahme nach einer für ihn verständlichen Aufklärung persönlich zugestimmt?			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation (Folgefehler)	

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
10.3.3	Gab es für diese Maßnahme eine richterliche Genehmigung?			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation (Folgefehler)	
10.4	Wurden dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen sedierende Medikamente verabreicht? (Beispiele: Schlafmittel, Neuroleptika, andere Psychopharmaka)	Unsicherheit bei der Erfassung: Werden Psychopharmaka/ Schlafmittel adäquat eingesetzt? Wirken sie sedierend im Sinne von Dämmerungszustand und Schläfrigkeit? Wird derzeit eine Medikamentendosierung ausprobiert? Psychopharmaka sind wichtig, dürfen nicht missbraucht werden – sollten nicht per se verteufelt werden. Unklar, ob Baldrian o.ä. als sedierendes Medikament gilt.	Wie sind Bewohner zu bewerten, die Psychopharmaka, erhalten um ihre Grunderkrankung zu behandeln?	6 fehlerhafte Angaben - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation - Angaben weichen aufgrund der Zeitspanne zwischen Erhebung und Plausibilitätsprüfung ab	
10.4.1	Wie oft wurde der Bewohner in den vergangenen 4 Wochen medikamentös sediert?			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation (Folgefehler)	
10.4.2	Hat der Bewohner der Maßnahme nach einer für ihn verständlichen Aufklärung persönlich zugestimmt?			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation (Folgefehler) - Zustimmungen mitunter nicht nachweislich vorhanden, Differenzierung zwischen Therapie und Fixierung nicht eindeutig	
10.4.3	Gab es für diese Maßnahme eine richterliche Genehmigung?			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation (Folgefehler) - Differenzierung zwischen Therapie und Fixierung nicht eindeutig	
10.4.4	Bitte angeben:				
10.5	Besteht oder bestand in den vergangenen 4 Wochen... ... die Gefahr, dass sich die betreute Person selbst ERHEBLICHEN gesundheitlichen Schaden zufügt?	Unsicherheit bei der Erfassung: an dieser Stelle ist die Skalierung plötzlich entgegengesetzt zum Rest des Instrumentes	Wechselnde Polung der Skalierung führt zu Verunsicherung und Flüchtigkeitsfehlern.	"Erheblich" ist nicht klar definiert - fehlender Dokumentationsnachweis	Entfällt, kein Item des finalen Sets
10.6	... die Gefahr, dass sich die betreute Person selbst tötet?	Unsicherheit bei der Erfassung: an dieser Stelle ist die Skalierung plötzlich entgegengesetzt zum Rest des Instrumentes	s.o.		

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
10.7	... die Notwendigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme?	Unsicherheit bei der Erfassung: an dieser Stelle ist die Skalierung plötzlich entgegengesetzt zum Rest des Instrumentes	s.o.		
10.8	... die Gefahr, dass sich die betreute Person hinsichtlich ihrer körperlichen Fähigkeiten deutlich überschätzt?	Unsicherheit bei der Erfassung: an dieser Stelle ist die Skalierung plötzlich entgegengesetzt zum Rest des Instrumentes	s.o.	Fehleinschätzung	
11. Schmerz					
11.1	Liegen bei dem Bewohner Anzeichen für wiederholt auftretende Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners, Hinweise in der Pflegedokumentation, Einnahme von Analgetika oder Verhaltensweisen demenzkranker Bewohner, die auf Schmerzen hindeuten könnten)?		Trennung zwischen akuten und chronischen Schmerzen ist nicht eindeutig. Auswahlmöglichkeit „stabile Schmerzsituation“/„kein Schmerz“ wird vermisst. Unsicherheit: wie einzuschätzen, wenn eine Schmerzmedikation verordnet ist, aber keine Schmerzen vorliegen?	2 fehlerhafte Angaben - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung - Angaben weichen aufgrund der Zeitspanne zwischen Erhebung und Plausibilitätsprüfung ab	Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf Vollständigkeit der Dokumentation überprüfen Zeitnahe externe Plausibilitätsprüfung
11.1.1	Ist im Rahmen des Schmerzmanagements sichergestellt, dass für den Bewohner eine stabile Schmerzsituation entsprechend seiner individuellen Bedarfe gewährleistet ist?	Hinweis eine PFK: Bewohner lehnen aber auch die Gabe von Schmerzmitteln ab, wenn bei Bedarf welche verordnet und angeboten worden sind...		Widersprüchliche Situation: medikamentös eingestellt, aber Schmerzangabe Bewertung von einmaligem Schmerzereignis muss geklärt werden (ist geklärt) Widersprüchliche Situation: medikamentös eingestellt, aber Schmerzangabe fehlender Dokumentationsnachweis	
11.2	Liegt für den Bewohner eine Schmerzeinschätzung vor?			Schmerzeinschätzung ist nicht aktuell - Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation, bzw. Aktualität ist fraglich	
11.2.1	Wie wurde die Einschätzung durchgeführt?			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
11.2.2	Welches Instrument wurde eingesetzt?				Auswahl der Assessments vorgeben und Folgefragen entsprechend anpassen
11.2.3	"ein anderes" (bitte eintragen):			Falsches Assessment	
11.2.4	Gab es bei der zuletzt vorgenommenen Schmerzeinschätzung Veränderungen			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
	gegenüber der davor durchgeführten Einschätzung?				
11.2.5	Wann wurde die LETZTE Schmerzeinschätzung durchgeführt?	Werte können unter Umständen Jahre zurückliegen			
11.2.6	Welcher Wert wurde für die LETZTE Schmerzeinschätzung dokumentiert?	Unklar, wenn zwei Werte vorliegen, einmal für Schmerz in Ruhe und einmal für Schmerz in Bewegung	Unklar, wenn zwei Werte vorliegen, einmal für Schmerz in Ruhe und einmal für Schmerz in Bewegung	Unterscheidung zwischen Schmerz in Ruhe und Schmerz in Bewegung kann nicht abgebildet werden	
11.2.7	Wann wurde die VORLETZTE Schmerzeinschätzung durchgeführt?			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation (Datumsangaben der Schmerzeinschätzungen wurden verwechselt)	
11.2.8	Welcher Wert wurde für die VORLETZTE Schmerzeinschätzung dokumentiert?				
11.2.9	Wurde der behandelnde Arzt über die aktuelle Schmerzeinschätzung informiert?			Unklare Bewertungslage: Häufige Schmerzáußerungen, seltene Information an den Arzt	Entfällt, kein Item des finalen Sets
11.2.10	Wann erfolgte die Information?				
11.3	Ist der Bewohner in der Lage, den Umfang seiner Schmerzen selber adäquat einzuschätzen?			Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	
12. Heimeinzug					
12.1	Ist der Bewohner innerhalb der letzten 6 Monate neu in die Einrichtung eingezogen?	Hinweis einer PFK: Bewohner kommen erst zur Kurzzeitpflege, erhalten bereits dann ihr Gespräch. Gespräch liegt somit jedoch vor der zeitlichen Frist, der vollstationär aufgenommenen Bewohner.		12.1	Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf
12.1.1	Ist nach Ablauf der 2. Woche und vor Ende der 6. Woche nach dem Heimeinzug mit dem Bewohner und/oder anderen Personen ein Gespräch über sein Einleben und die zukünftige Versorgung geführt worden?*		Eine Begründung warum kein Gespräch stattfand (keine Bezugsperson, Kommunikation nicht möglich) wird vermisst.	12.1.1	Auswahloptionen anpassen
12.1.2	Wann wurde das Gespräch geführt?			12.1.2	
12.1.3	Wer hat an dem Gespräch teilgenommen: Bewohner			12.1.3	
12.1.4	Angehörige			12.1.4	
12.1.5	Betreuer			12.1.5	

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
12.1.6	andere Personen			12.1.6	
12.1.7	Person:			12.1.7	
12.1.8	Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert?* WICHTIG: Wählen Sie bitte nur dann „ja“ aus, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z.B. Wünsche des Bewohners oder Absprachen über das Beibehalten oder die Veränderung der Versorgung, schriftlich festgehalten wurden!			12.1.8	
13. Einschätzung von Verhaltensweisen					
13.1.1	Wurde für den Bewohner eine Einschätzung von Verhaltensweisen mit Hilfe eines Instrumentes (Liste vorgegebener Verhaltensweisen) durchgeführt und dokumentiert?*		Oftmals nicht regelhaft erfasst. Wird als widersprüchlich zum Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation gewertet.		Entfällt, kein Item des finalen Sets
13.1.2	Wann wurde das Instrument zuletzt eingesetzt?				
13.1.3	Welche der folgenden Verhaltensweisen berücksichtigt das verwendete Instrument? motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten				
13.1.4	physisch aggressives Verhalten gegen Personen				
13.1.5	verbal aggressives Verhalten				
13.1.6	selbstverletzendes/selbstgefährdendes Verhalten				
13.1.7	Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen				
13.1.8	Angstzustände				
13.1.9	keine der genannten Verhaltensweisen ist berücksichtigt				
13.1.10	Welche Einschätzungen sieht das Instrument zu den einzelnen Verhaltensweisen vor? Informationen darüber, ob das Verhalten vorliegt oder nicht				
13.1.11	Häufigkeit des Verhaltens				
13.1.12	Einschätzung dazu, ob aus dem Verhalten Unterstützungsbedarf resultiert oder nicht				

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
13.1.13	keine der genannten Einschätzungen sind vorgesehen				
14. Blaseninkontinenz					
14.1	Bitte tragen Sie das aktuelle Kontinenzprofil des Bewohners ein: 1 = Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harnverlust; Keine personelle Hilfe; Keine Hilfsmittel) 2 = Unabhängig erreichte Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harnverlust; Keine personelle Unterstützung; Selbstständige Durchführung von Maßnahmen) 3 = Abhängig erreichte Kontinenz (Kein unfreiwilliger Harnverlust; Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen) 4 = Unabhängig kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harnverlust; Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Kontinenzhilfsmitteln) 5 = Abhängig kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harnverlust; Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig) 6 = Nicht kompensierte Inkontinenz (Unwillkürlicher Harnverlust; Keine Inanspruchnahme von personeller Unterstützung und Versorgungsmaßnahmen z.B. bei Neuaufnahme, generelle Ablehnung von Maßnahmen)			Unklare Bewertungslage bei Lage eines Katheters - 2 fehlerhafte Angaben - keine Übereinstimmung mit der Dokumentation	Leitfaden konkretisieren Schulungsbedarf Vollständigkeit der Dokumentation überprüfen
15. Mundgesundheit					
15.1	Wurde innerhalb der letzten sechs Monate eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung beim Bewohner durchgeführt?		Oft nicht regelhaft dokumentiert. In vielen Dokumentationen fanden sich Hinweise zum Thema. Meistens wenn die zahnärztliche Behandlung abgelehnt wurde. Dies konnten wir nicht dokumentieren.	fehlender Dokumentationsnachweis	Anpassung der Dokumentation Vollständigkeit der Dokumentation überprüfen

		Beobachtungen während der Datenerhebungen	Rückmeldungen aus den Einrichtungen	Hinweise aus den Plausibilitätsprüfungen	Schlussfolgerungen
			Wenn die Pflege an dieses Thema denkt und der Bewohner Maßnahmen dazu ablehnt, sollte dies erfasst werden.		
15.1.1	am (Datum)		Oft nicht regelhaft dokumentiert.		
15.2	Oral Health Impact Profile (OHIP-G5) Der Bewohner hatte aufgrund von Problemen mit den Zähnen, im Mundbereich oder mit dem Zahnersatz in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrungsmitteln.	Hinweis einer PFK: Bewohner hat Sonde, es fehlt die Möglichkeit „entfällt“ anzugeben	Oft nicht regelhaft dokumentiert.		Entfällt, kein Item des finalen Sets
15.3	... den Eindruck, sein Essen war geschmacklich weniger gut.	Hinweis einer PFK: Bewohner hat Sonde, es fehlt die Möglichkeit „entfällt“ anzugeben	Oft nicht regelhaft dokumentiert.		
15.4	... schwergefallen, seinen alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen.		Oft nicht regelhaft dokumentiert.		
15.5	... Schmerzen im Gesichtsbereich.		Oft nicht regelhaft dokumentiert.	Fehlerhafte Angabe - keine Übereinstimmung mit der Beobachtung	
15.6	... wegen des Aussehens seiner Zähne oder seines Zahnersatzes unwohl oder unbehaglich gefühlt.		Oft nicht regelhaft dokumentiert.	bei fehlender Kommunikationsmöglichkeit ist eine Bewertung nicht möglich	

22 Schema zur Bewertung von Qualitätsberichten

Bewertungsschema für die Bewertung Qualitätsberichten

Quelle:

Bewertet durch:

Bewertungsaspekt	Ja	Nein	Teils/teils	Nicht beurteilbar	Kommentar
Grundlegende Aspekte					
- Verständnis/Definition Qualität dargestellt					
- Ziele sind formuliert					
- Multidimensionalität pflegerischer Versorgung berücksichtigt (z.B. Indikatoren auf Struktur-, Prozess- u. Ergebnisqualität; unterschiedliche Perspektiven)					
- Negative und positive Ergebnisse werden dargestellt					
- Validierte Instrumente sind zugrunde gelegt					
- Systematisch entwickelte und geprüfte Indikatoren liegen zugrunde					
- Zusammenhänge zwischen Indikatoren auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsebene dargestellt/vorhanden					
- Limitationen d. Qualitätsberichte dargestellt					

Bewertungsaspekt	Ja	Nein	Teils/teils	Nicht beurteilbar	Kommentar
- Informationen sind objektiv qualitätsrelevant					
- Informationen sind subjektiv aussagekräftig					
- Qualitätsberichte sind strukturiert nach Themen (z.B. Informationen über Einrichtung, Informationen über Bewohner/struktur, Informationen über Personal, über Finanzen/Finanzierung, Informationen über Beschwerdemanagement, Informationen über Qualität in den unterschiedlichen Dimensionen)					
- Informationen werden zeitnah aktualisiert					
Ergebnisdarstellung					
- Darstellung von einrichtungsbezogenen Ergebnissen					
- Darstellung von bewohnerbezogenen Ergebnissen					
- Bei aggregierte Darstellung: Ergebnisse d. aggregierten Daten korrelieren miteinander					
- Bei aggregierter Darstellung: Entscheidung für Form der Darstellung (Noten, Sterne o.ä.) und Zustandekommen/Berechnung der Aggregation nachvollziehbar dargestellt					

Bewertungsaspekt	Ja	Nein	Teils/teils	Nicht beurteilbar	Kommentar
- Bei aggregierter Darstellung: Ergebnisse werden angemessen auf Einrichtung bezogen dargestellt					
Verbraucher/innenfreundlichkeit (Onlineberichten, PDF-Berichte)					
- Verbraucher/innen können nach eigenen Suchkriterien innerhalb des Berichtes suchen					
- Verbraucher/innen können Informationen nach eigenen Präferenzen gewichten					
- Informationsmenge kann von Verbraucher/innen gesteuert werden					
- Intuitives Verstehen/Suchen möglich					
- Qualitätsberichte sind frei / kostenfrei zugänglich					
- Qualitätsberichte sind vergleichbar					
- Qualitätsberichte sind bekannt					
- Informationen sind zu jeder Zeit abrufbar					
- Informationen sind flächendeckend verfügbar					
- Einfach in Navigation, Layout					
Verbraucher/innenfreundlichkeit (Lesbarkeit, Verständlichkeit)					
- Perspektive u. Informationsinteressen Verbraucher/innen berücksichtigt					
- Verwendung von einfacher und unkomplizierter Sprache (keine Fremdworte oder Fachsprache)					
- nur eine Aussage pro Satz					

Bewertungsaspekt	Ja	Nein	Teils/teils	Nicht beurteilbar	Kommentar
- Vermeidung von technischen Ausdrücken, Abkürzungen und Initialen,					
- klare und logische Struktur im Bericht (keine Verweise auf andere Textstellen oder Kapitel)					
- Keine Silbentrennung					
Verbraucher/innenfreundlichkeit (optische Darstellung)					
- scharfe/ hochwertige Grafiken					
- max. 2 deutliche Schrifttypen (z.B. Arial)					
- Große Schrift (ab 14 Punkt)					
- Fettdruck oder Unterstreichungen bei Hervorhebungen (keine Kursivschrift)					
- Dunkle Schrift auf hellem einfarbigen Grund					
- Rechtsbündiger Text					
- Zahlen als Ziffern dargestellt					
- Informationsumfang angemessen (keine Überforderung)					

23 Ergebnisse der Bewertung von Qualitätsberichten

Ergebnisse der Bewertung von Qualitätsberichten

Quelle: Beispielberichtet aus dem Setting Pflege	Relevant: ja / nein	Fazit nach Bewertung
MDS-Pflege-Qualitätsberichte / 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS Nach §114A Abs. 6 SGB XI (2014)	Relevant für weitere Betrachtung, da hier eine Darstellung der aktuell erhobenen Transparenzkriterien in zusammengefasster Form erfolgt.	Negativ: Keine Verbraucherorientierte Darstellung; Zu umfangreich; Darstellung der Ergebnisse in Tabellen; Fachbegriffe werden verwendet; Blocktext und Silbentrennung; Hervorhebungen sind hell Blau; Positiv: Nur eine Schriftart wird verwendet; Weitere Bewertung siehe Bewertungsschema.
Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit Baden-Württemberg / Spezialheft Ambulante Pflege (2005)	Relevant; richtet sich an Verbraucher und präsentiert Ergebnisse der Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste	Negativ: Anmerkungen finden sich in Kursifschrift neben dem Haupttext; Blocktext mit Silbentrennung; Bilder zu klein; Positiv: Fachbegriffe werden erläutert; Grafiken Übersichtlich; Umfang 24 Seiten mit Grafiken und Bildern. Weitere Bewertung siehe Bewertungsschema.
Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit Baden-Württemberg / Spezialheft ambulante und stationäre Pflege (2013)	Nicht Relevant; Eher eine Informationsbroschüre für Verbraucher; es finden sich nur noch sehr wenige Informationen, in stark reduziertem Umfang, bezüglich Qualität in den Einrichtungen wieder.	---
Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH (Hg.) (2013): KTQ - Qualitätsbericht Asklepios Pflegeheim Weserblick.	Nicht Relevant; Bericht bezieht sich auf Kriterien welche für eine Zertifizierung erfüllt sein müssen. Die Darstellung der Kriterien und deren Erfüllung erfolgt lediglich in Form von Fließtext.	---
Kleeblatt Pflegeheime gGmbH (Hg.) (2009): Qualitätsbericht der Kleeblatt Pflegeheime gGmbH. Online verfügbar unter http://www.kleeblatt-ggmbh.de/fileadmin/kleeblatt/user_upload/PDF/Qualitaetsbericht_2009_3_Auflage.pdf .	Nicht Relevant für weitere Betrachtung, da Bericht eher ein Werbemedium darstellt.	---
Care Quality Commission (2016): Inspection Report. Blossom Fields. Hg. v. Care Quality Commission.	Relevant für weitere Betrachtung, da die eine ähnlicher externe Prüfung durchgeführt wird wie in Deutschland. Die Ergebnisse werden mithilfe von einem Ampelsystem dargestellt.	Negativ: Schrift etwas zu klein; Sprache einfach aber nicht leicht; Unklar wie aggregierte Bewertung zustande kommt, Positiv:

		Gestaltung Text verbrauchfreundlich; Umfang O.K.; Nutzt Ampelsystem für Bewertungen; Weitere Bewertung siehe Bewertungsschema.
Quelle: Beispielberichte aus dem Setting Gesundheitswesen	Relevant: ja / nein	Fazit nach Bewertung
AQUA — Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Hg.) (2015): Qualitätsreport 2014.	Relevant da der Qualitätsindikator für Pflege die Anzahl der entstandenen Dekubitus darstellt. Beispiel für Darstellung und Aufbereitung der Informationen.	Nicht Verbraucherfreundlich in Sprache und Darstellung; zu umfangreich; Weitere Bewertung siehe Bewertungsschema.
Bundesvereinigung, Kassenärztliche (Hg.) (2015): Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Ausgabe 2015 Berichtsjahr 2014.	Nicht Relevant, da nicht für Verbraucher erstellt.	---
Schön Klinik (Hg.) (2016): Qualitätsbericht 2016. Online verfügbar unter http://www.schoen-kliniken.de/ptp/behandlungsqualitaet/berichte/2016/	Relevant da explizit für Patienten und Angehörige erstellt.	Negativ: Marketinggedanke/ausschließlich positive Selbstdarstellung So viel Hochglanz, dass es unglaubwürdig wirkt/Bildqualität „zu gut“/ authentisch und gestellt. Positiv: Personifizierung: Arbeitende werden vorgestellt (mit Name und Foto) Transparenz dadurch, dass Mailadressen von MitarbeiterInnen angegeben sind Stark aus der Patientenperspektive gedacht Sinnvolle Gliederung nach Fachbereichen Übersichtstabelle im Anhang Weitere Bewertung siehe Bewertungsschema.
Quelle: Beispielberichte aus anderen Settings	Relevant: ja / nein	Fazit nach Bewertung
Zweckverband Nahverkehr Westfalen-Lippe (NWL) (Hg.) (2008): NWL - Qualitätsbericht 2007. Online verfügbar unter http://www.nwl-info.de/aktuelles/pressemitteilungen/2008/06/16/qualitaetsbericht-2007.php	Relevant als Beispiel für Qualitätsbericht aus einem anderen Setting.	Negativ: Gestaltung des Texts und zum Teil der Grafiken nicht ganz Verbraucherfreundlich; Umfang 20 Seiten mit viel Text; Positiv: Eine Schriftart; Hervorhebungen Fettgedruckt; Grafiken lassen einen Vergleich zwischen Anbietern zu; Weitere Bewertung siehe Bewertungsschema.
traffiQ Lokale Nahverkehrsgesellschaft Frankfurt am Main mbH (Hg.) (2014): traffiQ Qualitätsbericht 2013. Busse und Bahnen: Qualität ist, was der Fahrgast will.	Relevant als Beispiel für Qualitätsberichte aus einem anderem Setting welcher speziell für Verbraucher erstellt wurde.	Negativ : Marketinginstrument; genutzte Bilder stehen in keinem Zusammenhang mit dem Inhalt des Berichts; Informationen zur Interpretationen der Statistiken (Grafiken) schwer verständlich oder nicht vorhanden;

		<p>Hintergrund nicht einfarbig; mangelnder Kontrast Schrift-Hintergrund; Grafiken sehr klein und mangelnder Kontrast; Balkendiagramm unklar ob Noten oder Prozentangaben; unklar ob Bewertung 1 positiv oder negative;</p> <p>Positiv: Für „normale“ Verbraucher ansprechend gestaltet; Dargestellte Daten (Grafiken) bilden einen Verlauf ab; Umfang von 12 Seiten mit wenig Text und viel Grafiken;</p> <p>Weitere Bewertung siehe Bewertungsschema.</p>
--	--	--

24 Entwurf Ergebnisdarstellung für Fokusgruppendifkussion
















Qualitätsbericht der stationären Pflegeeinrichtung

Pflegezentrum Mustertor

Musterstraße 12,
32456 Beispielhausen
Telefonnummer: 0321 555 34 305
beispiel@beispiel.de <http://www.beispiel.de>

Datum: 15.10.2016

Ergebnisse der Bewertung der Qualitätsindikatoren

Mobilität (Erhaltung oder Verbesserung)	Gruppe 1	
Mobilität (Erhaltung oder Verbesserung)	Gruppe 2	
Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen	Gruppe 1	
Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen	Gruppe 2	
Selbständigkeit bei der Alltagsgestaltung		
Dekubitusentstehung	Gruppe 3	
Dekubitusentstehung	Gruppe 4	
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust	Gruppe 1	
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust	Gruppe 2	
Stürze mit gravierenden Folgen	Gruppe 1	
Stürze mit gravierenden Folgen	Gruppe 2	
Integrationsgespräch für Bewohner nach Heimeinzug		
Einsatz von Gurtfixierungen		
Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten		
Schmerzmanagement		

Legende:



Überdurchschnittlich



Durchschnittlich



Unterdurchschnittlich

Gruppe 1

Bewohner mit kognitiven Einschränkungen

Gruppe 2

Bewohner ohne kognitive Einschränkungen

Gruppe 3

Bewohner mit hohem Risiko

Gruppe 4

Bewohner mit niedrigem Risiko
















Qualitätsbericht der stationären Pflegeeinrichtung

Pflegezentrum Mustertor




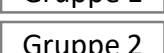
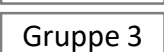
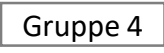

Musterstraße 12,
32456 Beispielhausen
Telefonnummer: 0321 555 34 305
beispiel@beispiel.de <http://www.beispiel.de>

Datum: 15.10.2016

Ergebnisse der Bewertung der Qualitätsindikatoren

Mobilität (Erhaltung oder Verbesserung)	Gruppe 1	
Mobilität (Erhaltung oder Verbesserung)	Gruppe 2	
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust	Gruppe 1	
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust	Gruppe 2	
Stürze mit gravierenden Folgen	Gruppe 1	
Stürze mit gravierenden Folgen	Gruppe 2	
Integrationsgespräch für Bewohner nach Heimeinzug		
Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen	Gruppe 1	
Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen	Gruppe 2	
Selbständigkeit bei der Alltagsgestaltung		
Einsatz von Gurtfixierungen		
Schmerzmanagement		
Dekubitusentstehung	Gruppe 3	
Dekubitusentstehung	Gruppe 4	
Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten		

Legende:

	Überdurchschnittlich	
	Durchschnittlich	
	Unterdurchschnittlich	
	Gruppe 1	
	Bewohner mit kognitiven Einschränkungen	
	Gruppe 2	Bewohner ohne kognitive Einschränkungen
	Gruppe 3	Bewohner mit hohem Risiko
	Gruppe 4	Bewohner mit niedrigem Risiko

Qualitätsbericht der stationären Pflegeeinrichtung

Pflegezentrum Mustertor

Musterstraße 12,
32456 Beispielhausen
Telefonnummer: 0321 555 34 305
beispiel@beispiel.de <http://www.beispiel.de>

Datum: 15.10.2016

Ergebnisse der Bewertung der Qualitätsindikatoren

Mobilität (Erhaltung oder Verbesserung) / Gruppe 1	Überdurchschnittlich
Mobilität (Erhaltung oder Verbesserung) / Gruppe 2	Überdurchschnittlich
Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen / Gruppe 1	Durchschnittlich
Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen / Gruppe 2	Durchschnittlich
Selbständigkeit bei der Alltagsgestaltung	Durchschnittlich
Dekubitusentstehung / Gruppe 3	Unterdurchschnittlich
Dekubitusentstehung / Gruppe 4	Unterdurchschnittlich
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust / Gruppe 1	Überdurchschnittlich
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust/ Gruppe 2	Überdurchschnittlich
Stürze mit gravierenden Folgen/ Gruppe 1	Überdurchschnittlich
Stürze mit gravierenden Folgen / Gruppe 2	Überdurchschnittlich
Integrationsgespräch für Bewohner nach Heimeinzug	Überdurchschnittlich
Einsatz von Gurtfixierungen	Durchschnittlich
Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten	Unterdurchschnittlich
Schmerzmanagement	Durchschnittlich

Legende:

Gruppe 1	Bewohner mit kognitiven Einschränkungen
Gruppe 2	Bewohner ohne kognitive Einschränkungen
Gruppe 3	Bewohner mit hohem Risiko
Gruppe 4	Bewohner mit niedrigem Risiko

Qualitätsbericht der stationären Pflegeeinrichtung

Pflegezentrum Mustertor

Musterstraße 12,
32456 Beispielhausen
Telefonnummer: 0321 555 34 305
beispiel@beispiel.de <http://www.beispiel.de>

Datum: 15.10.2016

Ergebnisse der Bewertung der Qualitätsindikatoren

Mobilität (Erhaltung oder Verbesserung) / Gruppe 1	Überdurchschnittlich
Mobilität (Erhaltung oder Verbesserung) / Gruppe 2	Überdurchschnittlich
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust / Gruppe 1	Überdurchschnittlich
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust/ Gruppe 2	Überdurchschnittlich
Stürze mit gravierenden Folgen/ Gruppe 1	Überdurchschnittlich
Stürze mit gravierenden Folgen / Gruppe 2	Überdurchschnittlich
Integrationsgespräch für Bewohner nach Heimeinzug	Überdurchschnittlich
Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen / Gruppe 1	Durchschnittlich
Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen / Gruppe 2	Durchschnittlich
Selbständigkeit bei der Alltagsgestaltung	Durchschnittlich
Einsatz von Gurtfixierungen	Durchschnittlich
Schmerzmanagement	Durchschnittlich
Dekubitusentstehung / Gruppe 3	Unterdurchschnittlich
Dekubitusentstehung / Gruppe 4	Unterdurchschnittlich
Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten	Unterdurchschnittlich

Legende:

Gruppe 1	Bewohner mit kognitiven Einschränkungen
Gruppe 2	Bewohner ohne kognitive Einschränkungen
Gruppe 3	Bewohner mit hohem Risiko
Gruppe 4	Bewohner mit niedrigem Risiko

Erhalt oder Verbesserung der Mobilität

Mobilität ist die Fähigkeit einer Person, zu gehen oder mit einem Rollstuhl zu fahren. Zu der Mobilität einer Person gehört auch sich hinzusetzen, hinzulegen und wieder aufzustehen. Die Mobilität der Bewohner_innen zu erhalten oder zu verbessern ist ein Versorgungsziel von Pflegeheimen.

Das Pflegeheim ist **überdurchschnittlich**

Berechnung:	Anteil der Bewohner_innen, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Folgende Fähigkeiten wurden bewertet: <ul style="list-style-type: none">- Umdrehen im Bett- Sitzen auf einem Stuhl und Aufstehen- Gehen im Haus mit und ohne Hilfsmittel- Fahren mit dem Rollstuhl im Haus- Treppensteigen
-------------	--

Ergebnis

40 von 50	Bewohner_innen konnten ihre Mobilität erhalten oder verbessern
80 % der	Bewohner_innen konnten ihre Mobilität erhalten oder verbessern

Ergebnis des Pflegeheims

Durchschnitt für alle Einrichtungen

Grenzwerte zur Bewertung



Erhalt oder Verbesserung der Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen

Die Selbstständigkeit der Bewohner_innen bei der Körperpflege, dem An- und Ausziehen, der Ernährung und dem Ausscheiden zu erhalten oder zu verbessern ist ein Versorgungsziel von Pflegeheimen.

Das Pflegeheim ist **durchschnittlich**

Berechnung:	<p>Anteil der Bewohner_innen, bei denen sich die Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nicht verschlechtert hat.</p> <p>Folgende Fähigkeiten wurden bewertet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sich waschen, duschen und baden - Haare kämmen - Zähneputzen - Kleidung anziehen und ausziehen - Essen und Trinken - Zur Toilette gehen
-------------	--

Ergebnis

35 von 50	Bewohner_innen konnten ihre Selbstständigkeit erhalten oder verbessern
70 % der	Bewohner_innen konnten ihre Selbstständigkeit erhalten oder verbessern

Ergebnis des Pflegeheims

70 %

Durchschnitt für alle Einrichtungen

75 %

Grenzwerte zur Bewertung

25 %

75 %



Erhalt oder Verbesserung der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Die Selbstständigkeit der Bewohner_innen bei der individuellen Gestaltung des Tages- und Nachtablaufs, der Planung von Aktivitäten sowie bei der Gestaltung sozialer Kontakte zu Angehörigen, dem Pflegepersonal oder Besucher_innen und zu anderen Personen zu fördern ist ein Versorgungsziel von Pflegeheimen.

Das Pflegeheim ist durchschnittlich

Berechnung:	<p>Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nicht verschlechtert bzw. verbessert hat.</p> <p>Folgende Fähigkeiten wurden bewertet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den eigenen Tagesablauf gestalten - Sich ausruhen und schlafen - Aktivitäten zur Beschäftigung planen - Pläne für die Zukunft machen - Mit Familie, Pflegepersonal und Bekannten Kontakt halten - Mit Bekannten außerhalb des Pflegeheims Kontakt halten
-------------	--

Ergebnis

35 von 50	Bewohner_innen konnten ihre Selbstständigkeit erhalten oder verbessern
70 % der	Bewohner_innen konnten ihre Selbstständigkeit erhalten oder verbessern

Ergebnis des Pflegeheims

70 %

Durchschnitt für alle Einrichtungen

75 %

Grenzwerte zur Bewertung

25 %

75 %



Entstehung von Druckgeschwüren (Dekubitus)

Ein Dekubitus ist eine schwerwiegende Gesundheitsstörung, die gehäuft im Kontext von Pflegebedürftigkeit auftritt und deren Vermeidung in hohem Maße von der fachgerechten Durchführung pflegerischer Prophylaxemaßnahmen abhängt. Bewohner_innen, die ihre Position im Bett nicht mehr komplett oder überwiegend selbständig verändern können, weisen ein hohes Dekubitusrisiko auf. Die Entstehung eines Dekubitus zu vermeiden ist ein Versorgungsziel von Pflegeheimen.

Das Pflegeheim ist **unterdurchschnittlich**

Berechnung:	<p>Anteil der Bewohner_innen mit hohem Dekubitusrisiko, die innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung ein Dekubitalgeschwür 2. bis 4. Grades entwickelt haben.</p> <p>Folgende Merkmale wurden bewertet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen eines Dekubitus - Entstehungszeitpunkt - Entstehungsort (im Pflegeheim, im Krankenhaus, zuhause, woanders) - Schweregrad des Dekubitus
-------------	--

Ergebnis

8 von 50	Bewohner_innen mit hohem Dekubitusrisiko haben ein Druckgeschwür entwickelt
15 % der	Bewohner_innen mit hohem Dekubitusrisiko haben ein Druckgeschwür entwickelt
15 % der	Bewohner_innen mit hohem Dekubitusrisiko in allen Pflegeeinrichtungen haben ein Druckgeschwür entwickelt

Ergebnis des Pflegeheims
 Durchschnitt für alle Einrichtungen
 Grenzwerte zur Bewertung



Stürze mit gravierenden Folgen

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt. Für betroffene Personen besteht die Gefahr, infolge von Stürzen erhebliche Einschränkungen ihrer Selbständigkeit und Einbußen ihrer Lebensqualität zu erleiden. Die Vermeidung von Stürzen ist ein wichtiger Aspekt der Qualitätsentwicklung und ein Versorgungsziel von Pflegeheimen.

Das Pflegeheim ist **überdurchschnittlich**

Berechnung:	Anteil der Bewohner_innen, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist. Folgende Merkmale wurden bewertet: <ul style="list-style-type: none">- Vorkommen eines Sturzes- Knochenbrüche- Behandlungsbedürftige Wunden- Schmerzen, die länger als 48 Stunden andauern- ein erhöhter Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen- ein erhöhter Hilfebedarf bei der Mobilität
-------------	---

Ergebnis

1 von 50	Bewohner_innen haben Stürze mit gravierenden Folgen erlitten
2 % der	Bewohner_innen haben Stürze mit gravierenden Folgen erlitten
5 % der	Bewohner_innen in allen Pflegeeinrichtungen haben Stürze mit gravierenden Folgen erlitten

Ergebnis des Pflegeheims
Durchschnitt für alle Einrichtungen
Grenzwerte zur Bewertung



Unbeabsichtigter Gewichtsverlust

bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen

Der Verlust von Körpergewicht ist unbeabsichtigt, wenn eine Person Gewicht verloren hat, ohne dass eine Erkrankung oder eine Diät der Grund dafür ist. Pflegeheime können eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Ernährung ihrer Bewohner_innen unterstützen. Die Vermeidung und Minimierung von Ernährungsproblemen ist ein Versorgungsziel von Pflegeheimen.

Das Pflegeheim ist **überdurchschnittlich**

Berechnung:	Anteil der Bewohner_innen mit einer unbeabsichtigten Gewichtsabnahme von mehr als 10% ihres Körpergewichtes in den vergangenen sechs Monaten. Folgende Merkmale wurden bewertet: <ul style="list-style-type: none">- Körpergröße- Gewicht- medizinische Gründe für eine Gewichtsabnahme
-------------	--

Ergebnis

0 von 50	Bewohner_innen haben einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust erlitten
0 % der	Bewohner_innen haben einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust erlitten
10 % der	Bewohner_innen in allen Pflegeeinrichtungen haben einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust erlitten

Ergebnis des Pflegeheims

Durchschnitt für alle Einrichtungen

0

10%



Integrationsgespräch nach dem Heimeinzug

Ein Gespräch zwischen dem Pflegepersonal und neu eingezogenen Bewohner_innen hilft, das Einleben gemeinsam zu reflektieren und zu prüfen, ob die individuelle Unterstützung für den/die Bewohner_in angepasst werden muss. Ein Integrationsgespräch wird mit dem/der Bewohner_in und/oder ggf. dessen Angehörigen oder anderen Bezugspersonen geführt. Die Unterstützung neuer Bewohner_innen bei der Integration in das neue soziale Umfeld ist ein Versorgungsziel von Pflegeheimen.

Das Pflegeheim ist **überdurchschnittlich**

Berechnung:	<p>Anteil der Bewohner_innen, die innerhalb der letzten sechs Monate in das Pflegeheim eingezogen sind und für die die Ergebnisse eines Integrationsgespräches innerhalb der ersten sechs Wochen nach dem Heimeinzug dokumentiert wurden.</p> <p>Folgende Merkmale wurden bewertet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeitpunkt des Heimeinzugs - Zeitpunkt des Gespräches - am Gespräch beteiligte Personen - Dokumentation des Gespräches
-------------	--

Ergebnis

5 von 5	Bewohner_innen, die innerhalb der letzten sechs Monate in das Heim eingezogen sind, haben innerhalb von sechs Wochen ein ausgewertetes Integrationsgespräch gehabt
100 % der	Bewohner_innen, die innerhalb der letzten sechs Monate in das Heim eingezogen sind, haben innerhalb von sechs Wochen ein ausgewertetes Integrationsgespräch gehabt
80 % der	Bewohner_innen, die innerhalb der letzten sechs Monate in das Heim eingezogen sind, haben innerhalb von sechs Wochen ein ausgewertetes Integrationsgespräch gehabt

Ergebnis des Pflegeheims

100 %

Durchschnitt für alle Einrichtungen

80 %



Einsatz von Gurtfixierungen

Eine Gurtfixierung ist das Festbinden einer Person zum Beispiel an einem Bett oder einem Stuhl mit Hilfe eines Gurtes oder eines anderen Gegenstandes. Die Häufigkeit freiheitsbegrenzender Maßnahmen so weit wie möglich zu reduzieren und im Idealfall ganz darauf zu verzichten ist ein Versorgungsziel von Pflegeheimen.

Das Pflegeheim ist **durchschnittlich**

Berechnung:	Anteil der Bewohner_innen mit mindestens erheblichen kognitiven Einschränkungen oder Verhaltensauffälligkeiten, bei denen in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag Gurtfixierungen angewendet wurden. Folgende Merkmale wurden bewertet: <ul style="list-style-type: none">- Handfixierung- Fußfixierung- Hüftfixierung im Bett- Hüftfixierung im Stuhl oder Rollstuhl- Häufigkeit der Fixierung (täglich, mehrmals wöchentlich, 1x wöchentlich, seltener)
-------------	---

Ergebnis

2 von 50	Bewohner_innen mit mindestens erheblichen kognitiven Einschränkungen oder Verhaltensauffälligkeiten wurden mit einem Gurt fixiert
5 % der	Bewohner_innen mit mindestens erheblichen kognitiven Einschränkungen oder Verhaltensauffälligkeiten wurden mit einem Gurt fixiert
5 % der	Bewohner_innen mit mindestens erheblichen kognitiven Einschränkungen oder Verhaltensauffälligkeiten in allen Pflegeeinrichtungen wurden mit einem Gurt fixiert

Ergebnis des Pflegeheims

Durchschnitt für alle Einrichtungen

5 %

5 %

Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten

bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen

Verhaltensauffälligkeiten sind beispielsweise das ziellose Umhergehen aber auch aggressives Verhalten einer Person gegenüber anderen Personen. Sie sind eine häufige Begleiterscheinung demenzieller Erkrankungen. Ob eine Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohner_innen mit kognitiven Einbußen vorliegt gibt Hinweise darauf, ob sich ein Pflegeheim gezielt der Bedarfslagen von Bewohner_innen mit Verhaltensproblemen annimmt.

Das Pflegeheim ist **unterdurchschnittlich**

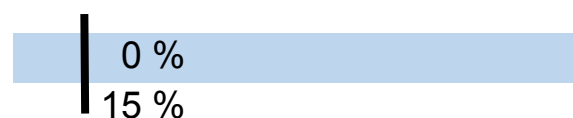
Berechnung:	Anteil der Bewohner_innen mit kognitiven Einbußen, bei denen eine aktuelle, ausreichend differenzierte Einschätzung der Verhaltensweisen vorliegt. Folgende Merkmale wurden bewertet: <ul style="list-style-type: none">- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten- Physisch aggressives Verhalten gegen Personen- Verbal aggressives Verhalten- Selbstgefährdendes Verhalten- Ablehnung notwendiger Unterstützung (z. B. bei Essen)- Angstzustände
-------------	---

Ergebnis

0 von 50	Bewohner_innen mit kognitiven Einbußen haben eine aktuelle, ausreichend differenzierte Einschätzung ihrer Verhaltensweisen
0 % der	Bewohner_innen mit kognitiven Einbußen haben eine aktuelle, ausreichend differenzierte Einschätzung ihrer Verhaltensweisen
15 % der	Bewohner_innen mit kognitiven Einbußen haben eine aktuelle, ausreichend differenzierte Einschätzung ihrer Verhaltensweisen

Ergebnis des Pflegeheims

Durchschnitt für alle Einrichtungen



Schmerzmanagement

Ältere, mehrfachkranke Menschen haben ein hohes Risiko, unter Schmerzen zu leiden. Um einen bedarfs- und bedürfnisgerechten Umgang mit der Schmerzproblematik und eine Minimierung von Schmerzen bei betroffenen Bewohner_innen zu gewährleisten, müssen eine Schmerzproblematik erkannt und dokumentiert und die an der Schmerzbehandlung beteiligten Therapeuten informiert werden. Das Angebot eines individuellen Schmerzmanagements ist ein Versorgungsziel von Pflegeheimen.

Das Pflegeheim ist **durchschnittlich**

Berechnung:	<p>Anteil der Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik, für die eine Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist.</p> <p>Folgende Merkmale wurden bewertet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen von Schmerzzeichen - Vorliegen einer Schmerzeinschätzung - Veränderungen der dokumentierten Schmerzen - Information des/der behandelnden Arztes/Ärztin
-------------	---

Ergebnis

40 von 50	Bewohner_innen mit bestehender Schmerzproblematik haben eine instrumentengestützte Schmerzeinschätzung, die nicht älter als 3 Monate ist
80 % der	Bewohner_innen mit bestehender Schmerzproblematik haben eine instrumentengestützte Schmerzeinschätzung, die nicht älter als 3 Monate ist
75 % der	Bewohner_innen mit bestehender Schmerzproblematik haben eine instrumentengestützte Schmerzeinschätzung, die nicht älter als 3 Monate ist

Ergebnis des Pflegeheims

80 %

Durchschnitt für alle Einrichtungen

75 %



25 Stichprobe der Verbraucher*innenbefragung

Stichprobe der Verbraucher*innenbefragung

Interviewpartner_in	Geschlecht	Alter	teilgenommen als	Höchster Schulabschluss	Ausgeübter Beruf
1	weiblich	68	Angehörige, Mitglied Heimbeirat	Volksschule	Personalberaterin
2	weiblich	89	Bewohnerin, Mitglied Heimbeirat	Volksschule	Kaufmännische Ausbildung
3	weiblich	77	Bewohnerin, Mitglied Heimbeirat	Volksschule	Schlachtereier Verkäuferin
4	weiblich	75	Bewohnerin	Höhere Handelsschule	Bankangestellte
5	weiblich	82	Bewohnerin, Mitglied Heimbeirat	Volksschule	Oberhemden Näherin
6	weiblich	75	Angehörige, Mitglied Heimbeirat	Mittlere Reife	Sekretärin
7	männlich	55	Bewohner, Mitglied Heimbeirat	FH Diplom	Sozialpädagoge, Heimleitung
8	männlich	81	Bewohner, Mitglied Heimbeirat	Mittelschule	Einzelhandelskaufmann
9	männlich	82	Bewohner, Mitglied Heimbeirat	Abitur	Schulleitung
10	weiblich	82	Bewohnerin, Mitglied Heimbeirat	Abitur	Schulleitung
11	männlich	81	Bewohner, Mitglied Heimbeirat	ohne Schulabschluss	Verkaufsleiter
12	männlich	70	Bewohner, Mitglied Heimbeirat	Volksschule	Hilfskraft
13	weiblich	91	Bewohnerin, Mitglied Heimbeirat	Dorfschule	Reinigungskraft, Dienst auf dem Bauernhof
14	männlich	41	Pflegeberater	Abitur	Hausleitung
15	männlich	71	Bewohner, Mitglied Heimbeirat	Hauptschule	Schlachter
16	männlich	55	Mitglied Heimbeirat	Hochschuldiplom	Diakon
17	Weiblich	82	Bewohnerin, Mitglied Heimbeirat	Volksschule	Altenpflegerin
18	männlich	59	Pflegeberater	Mittlere Reife	Krankenpfleger

**Prof. Dr.
Friedhelm Hase**

Fachbereich
Rechtswissenschaft
GW 1, Raum A 2030
Universitätsallee
28359 Bremen

Sekretariat
Petra Kalmbach-Müller

Telefon (0421) 218 – 66010
(Skr.) (0421) 218 – 66011
Telefax (0421) 218 – 66052
eMail fhase@uni-bremen.de

27.02.2017

Rechtsgutachten

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement §§ 112 ff. SGB XI

I. Der „medizinisch-pflegerische Standard“ als Bezugsgröße der Qualitätssicherung und eines „systemischen“ Qualitätsmanagements

Die rechtlichen Vorkehrungen zur Sicherung und Kontrolle der Qualität pflegerischer Leistungen bilden, was die Gesetzgebung betrifft, einen der *dynamischsten* Regelungsbereiche innerhalb des SGB XI, die einschlägigen Vorschriften sind immer wieder umgestaltet und – auch in einem strukturellen Sinne – weiterentwickelt worden¹.

¹ Dazu nur *Karl-Jürgen Bieback* Qualitätssicherung in der Pflege im Sozialrecht, 2004; *Gerhard Igl* Qualitätsanforderungen in der Pflege – *Wie hat eine rechtliche Rahmenordnung auszusehen?*, SGB 2007, 381 ff.; *ders.* Kriterien und Strukturen der Qualitätssicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung – Gesetzliche Vorgaben und Ausgestaltung, SDRV 61 (2012), S. 81 ff.; *Christoph Altmiks* 20 Jahre Pflegeversicherung – 20 Jahre gemeinsame Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene, KrV 2014, 191 ff.; *Peter Axer* Instrumente der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung, KrV 2015, 97 ff.; *Max Geraedts/Bernhard Holle/Horst Christian Vollmar/Sabine Bartholomeyczik* Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege, Bundesgesundheitsbl. 2011, 185 ff.; *Stefan Görres/Sabine Blom/Svenja Schmitt* Qualitätssicherung aus

Direktoren

Prof. Dr. Benedikt Buchner, LL.M.
(UCLA)
Telefon (0421) 218 – 66040

Prof. Dr. Friedhelm Hase
Telefon (0421) 218 – 66010

Verwaltung

Telefon (0421) 218 – 66044 / 66043
Telefax (0421) 218 – 66052

igmr@uni-bremen.de
www.igmr.uni-bremen.de

Geschwindigkeit und „Intensität“ des Wandels der Rechtsgrundlagen haben zuletzt offenbar deutlich zugenommen, vor allem mit der Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28. Mai 2008² und dem Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes vom 21. Dezember 2015³, das umfassende Regelungsaufträge insbesondere für die „Pflegeselbstverwaltung“ enthält. Ein elementarer Widerspruch des gesamten auf die *Leistungsqualität* bezogenen Rechts kann darin gesehen werden, dass es auf einen *medizinisch-pflegerischen Standard* verweist, der beim Inkrafttreten des SGB XI in vieler Hinsicht noch nicht vorhanden war: Durch gezielte Anstrengungen zumal der „Selbstverwaltung“ musste ein solcher Standard erst *entwickelt* werden.

Bis heute sind Qualitätsstandards, die insofern als „gesichert“ eingestuft werden können, als sie auf der systematischen und strukturierten Erfassung und Auswertung des Leistungsgeschehens – und entsprechenden Expertisen – beruhen, nur zum Teil verfügbar. Ganz grundsätzlich darf die Ausarbeitung und Weiterentwicklung gesellschaftlich maßgebender Qualitätskriterien und -anforderungen nur als eine Aufgabe verstanden werden, die, schon aufgrund der enormen Komplexität und Veränderlichkeit pflegerischer Abläufe, immer wieder neu zu bewältigen ist.

Das geltende Qualitätssicherungsrecht der Pflegeversicherung wird von zwei *unterschiedlichen* – nicht ohne Weiteres und wohl auch nicht in jeder Hinsicht kompatiblen – *Regelungsansätzen* bestimmt, deren Ausprägungen sich auf der Ebene des Gesetzes in einem allgemeinen Sinne berühren oder überschneiden,

pflegewissenschaftlicher Perspektive, MedR 2012, 487 ff.; *Peter Pick/Jürgen Brüggemann* Qualität der Pflege: Fast am Ziel oder halbe Strecke?, G+S 2016, 25 ff.

² Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, BGBl. I, 874; das Elfte Kapitel SGB XI („Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen“), das im heutigen Recht die §§ 112 bis 120 umfasst, geht auf das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz vom 9. September 2001, BGBl. I, 2320, zurück.

³ Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften, BGBl., 2424; zu den Neuregelungen, die das Elfte Kapitel SGB XI betreffen, *Ronald Richter* Die neue soziale Pflegeversicherung – BSG II. Pflegebegriff, Vergütungen, Potenziale, 2016, S. 169 ff.

in der Praxis aber – vor allem von der „Pflegeselbstverwaltung“ – in einer schlüssigen Weise aufeinander bezogen werden müssen. Zum einen werden hier, im Sinne einer „klassischen“ Qualitätssicherung, von zentralen Regelungsinstanzen verbindliche Anforderungen festgelegt, die Einhaltung der Vorgaben wird extern überwacht, Reaktionen auf etwaige Mängel sollen in erster Linie „von außen“ erfolgen. Vor allem die Qualitätsprüfungen nach §§ 114 und 114a SGB XI und die für den Fall der Mängelfeststellung in § 115 Abs. 2 bis 6 SGB XI vorgesehenen Maßnahmen und Konsequenzen sind maßgeblich von einem solchen Kontrollkonzept bestimmt. Neben dieser Qualitätssicherung „herkömmlicher Art“ ist im SGB XI seit rund einem Jahrzehnt aber auch ein „systemisch“ ausgerichtetes *Qualitätsmanagement* verankert, das primär auf die Stimulierung der Selbstbeschreibungs-, Steuerungs- und Lernpotentiale der Pflegeeinrichtungen und auf deren „aktive“ Integration in ein übergreifendes Qualitätsentwicklungskonzept gerichtet ist. Ein solcher Regelungsansatz hat sich vor allem in § 112 Abs. 2 Satz 1 und in verschiedenen Bestimmungen in § 113 SGB XI niedergeschlagen, insbesondere in § 113 Abs. 1a und Abs. 1b⁴, die, ebenso wie die Regelungen in § 113 b Abs. 4⁵, durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz in das SGB XI eingefügt worden sind.

Beide Regelungskonzepte haben ihren eigenen Sinn und ihre eigene Berechtigung. Weil sie aber ganz *unterschiedlich* ausgerichtet sind, die Zuordnung im Einzelnen im Gesetz selbst jedoch weithin *offen geblieben* ist, haben hier vor allem die Parteien der „Pflegeselbstverwaltung“ und darüber hinaus auch die – für die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI verantwortlichen – Landesverbände der Pflegekassen eine rechtliche Konkretisierung zu leisten: Auf der Grundlage des Gesetzes müssen sie Regelungsvorgaben bzw. Orientierungen erarbeiten, die eine Optimierung der herkömmlichen Qualitätskontrollen und zugleich einen Ausbau des „systemischen“

⁴ Dazu *Stephan Leitherer* in: *KassKomm*, § 113 SGB XI Rn. 14 ff., 17 ff.

⁵ Nach dieser Vorschriften haben die Vertragsparteien i.S. des § 113 SGB XI „zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben“ die Expertise unabhängiger wissenschaftlicher Einrichtungen oder Sachverständiger einzuholen.

Qualitätsmanagements erlauben. Vor allem haben sie durch eine entsprechende Ausgestaltung und Anwendung des Rechts dafür zu sorgen, dass ein störungsfreies „Operieren“ beider Formen der Qualitätsbeurteilung und -verbesserung im Sinne einer wechselseitigen Abstützung und Ergänzung gewährleistet wird.

Der daraus erwachsende Handlungsdruck ist durch die Einführung eines indikatorengestützten *Qualitätserfassungs- und -beurteilungssystems* beträchtlich gestiegen. Die Grundlagen eines solchen Managements sind mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23. Oktober 2012 gelegt worden⁶, nachdem das Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ abgeschlossen worden war⁷. Eine Operationalisierung des indikatorengestützten Verfahrens ist aber erst mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 in Angriff genommen worden, mit dem auch die ambulante Pflege in ein solches Qualitätsberichterstattungs- und -beurteilungssystem einbezogen wird. In den mit diesem Gesetz in das SGB XI eingefügten Regelungen werden den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI bezüglich des „indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich“ relativ konkrete Regelungsaufträge erteilt (§ 113 Abs. 1a und Abs. 1b SGB XI), zur Vorbereitung entsprechender Vereinbarungen wird die Expertise unabhängiger wissenschaftlicher Einrichtungen oder Sachverständiger eingeholt (§ 113 b Abs. 4 SGB XI).

⁶ Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung, BGBl. I, 2246; dazu *Andreas Teubner* Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) und seine Auswirkungen, PflR 2013, 71 ff.; § 113 Abs. 1 Satz 4 SGB XI wurde mit dem Gesetz um eine Nr. 4 ergänzt: Die Vertragsparteien wurden zur Regelung von Anforderungen „an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich“ verpflichtet, durch dieses Verfahren soll „auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht“ werden.

⁷ *Klaus Wingefeld/Dietrich Engels* Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe – Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Abschlussbericht, 2011.

Mit der Einführung indikatorengestützter vergleichender Messungs- und Darstellungsverfahren wird, man muss es so deutlich sagen, für das Qualitätsmanagement in der Pflegeversicherung eine *neue Dimension* eröffnet. Im Folgenden wird vor allem zu prüfen sein, in welcher Weise das neue Instrument in das *Qualitätssicherungsrecht* des SGB XI eingefügt werden kann, das seiner Entstehung und Entwicklung nach von einem konventionellen Verständnis der Qualitätsgewährleistung – durch zentrale Regelvorgaben und externe Kontrollverfahren – geprägt ist. Die Betrachtung bleibt dabei auf den *stationären Bereich* beschränkt. Als neuralgische Punkte werden sich hier die *Qualitätsprüfung* nach § 114 SGB XI (mit den in § 115 Abs. 3 bis 6 SGB XI vorgesehenen Maßnahmen und Handlungsoptionen oder -verpflichtungen der Kassenseite) und die *Qualitätsdarstellung* nach § 115 Abs. 1a SGB XI erweisen. Im Gesetz ist nur festgelegt, dass die Landesverbände der Pflegekassen (sowie die von ihnen beauftragten Prüfinstitutionen und Sachverständigen) die im indikatorengestützten Verfahren erhobenen und von einer unabhängigen Institution ausgewerteten Daten für die Zwecke der Prüfung nach §§ 114 und 114a sowie der Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI erhalten und insoweit verarbeiten und nutzen dürfen. „Wie“ dies im Einzelnen geschehen soll, ist dem Gesetz aber nicht zu entnehmen, das Verhältnis zwischen Qualitätsmanagement und Kontrollen „herkömmlicher Art“ wird also, wie schon mehrfach erwähnt, in der Norm selbst nicht bestimmt.

II. Die Verankerung einer indikatorengestützten Qualitätsberichterstattung und -beurteilung im SGB XI

1. Der gesetzliche Rahmen

Das Leistungsgeschehen der Pflegeversicherung wird in zahlreichen, weithin an Regelungsvorbilder aus dem SGB V angelehnten Bestimmungen in qualitativer

Hinsicht auf den „*medizinisch-pflegerischen Standard*“ festgelegt⁸. Nach § 4 Abs. 3 SGB XI wirken Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen – sowie die Pflegebedürftigen selbst – darauf hin, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden⁹, in § 29 SGB XI ist das Wirtschaftlichkeitsgebot näher geregelt. Alle Pflegeeinrichtungen haben die Pflegebedürftigen nach § 11 Abs. 1 Satz 1 SGB XI „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinischer-pflegerischer Erkenntnisse“ zu pflegen, zu versorgen und zu betreuen. Ein auf ebendiesen „Stand“ bezogener, an die Pflegekassen und die Leistungserbringer gerichteter Sicherstellungsauftrag ist in § 28 Abs. 3 SGB XI niedergelegt. In § 69 SGB XI wird dieser Auftrag – wiederum mit ausdrücklicher Festlegung auf den „allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ für die Pflegekassen und die von diesen mit den Einrichtungsträgern und sonstigen Leistungserbringern zu schließenden Verträge spezifiziert. Gesetzliche Vorgaben für die Vereinbarungen mit den Leistungserbringern – wie diejenigen in § 72 Abs. 3 und in § 84 Abs. 5 SGB XI – schließen daran an.

Oben ist bereits hervorgehoben worden, dass der hier in Bezug genommene *Standard*, als das SGB XI geschaffen wurde, in vieler Hinsicht noch nicht existierte. Im Pflegeversicherungsrecht war und ist, was die außerordentlich komplexen Bezüge zwischen normativen Vorgaben und den für die Rechtsanwendung maßgebenden gesellschaftlichen Wissensgrundlagen betrifft, eine ganz *andere* Situation als im Krankenversicherungsrecht gegeben¹⁰. Die Krankenversicherung kann sich, wenn es um die Wirksamkeit und Qualität von Behandlungsmaßnahmen geht, auf einen breiten Fundus medizinischen

⁸ Entsprechende Regelungen finden sich vor allem im Ersten Kapitel („Allgemeine Vorschriften“), im Vierten Kapitel („Leistungen der Pflegeversicherung“), im Siebten Kapitel („Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern“) und im Elften Kapitel SGB XI („Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen“).

⁹ Ferner ist zu gewährleisten, dass die Leistungen nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden; zu § 4 Abs. 3 SGB XI etwa *Utz Krahmer* in: LPK SGB XI, 3. Aufl. 2014, § 4 Rn. 17; *Gerhard Dalichau* SGB XI, 2014, § 4 Rn. 40 ff.

¹⁰ Vgl. nur *Utz Krahmer/Oliver Stier* in: LPK SGB XI, § 11 Rn. 8 f.

Wissens stützen. Dieses Wissen ist heute zwar einem extrem raschen Wandel unterworfen, es wird aber fortlaufend von wissenschaftlichen Fachgesellschaften – insbesondere mit Hilfe der Methoden einer *evidence based medicine* – aufbereitet, geordnet und in professionelle Regelwerke wie die „Leitlinien“ eingestellt¹¹. Eine Pflegewissenschaft mit eigenständigen Methoden und Konzepten hingegen ist weithin erst im Aufbau begriffen, es gibt bislang keine Regelvorgaben von Einrichtungen wie „Fachgesellschaften“, aus denen hinsichtlich der Qualität pflegerischer Abläufe und Verrichtungen Standards gewonnen werden könnten¹². Auch Verfahren, mit denen die Wirkungen pflegerischer Maßnahmen – in einer mit der evidenzbasierten Medizin vergleichbaren Weise – systematisch zu erfassen und zu bewerten wären, sind in Deutschland zumindest in der Vergangenheit kaum verfügbar gewesen.

2. Die Bestimmung pflegerischer Standards durch Vereinbarungen der „Pflegeselbstverwaltung“

Bei der praktischen Verwirklichung des Pflegeversicherungsrechts konnte daraus im Grunde nur eine Konsequenz gezogen werden: Soweit der qualitative Standard, auf den sich das SGB XI mit zahlreichen Bestimmungen bezieht, in der Realität der Pflege nicht – in hinreichender Konkretisierung – vorhanden war, konnte er nur nach Maßgabe des Gesetzes *erzeugt*, das heißt aufgrund förmlicher Aufgaben- und Zuständigkeitszuweisungen *erarbeitet* und in Regelvorgaben *festgelegt* werden. Genau diesen Weg ist das SGB XI gegangen. Entsprechende Vereinbarungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der

¹¹ Zur Bedeutung der Leitlinien etwa die Beiträge in *Dieter Hart* (Hrsg.), *ders.* (Hrsg.), *Ärztliche Leitlinien. Empirie und Recht professioneller Normsetzung*, 2000; *Ärztliche Leitlinien im Medizin- und Gesundheitsrecht. Recht und Empirie professioneller Normbildung*, 2005; *Judith Ihle* *Ärztliche Leitlinien, Standards und Sozialrecht*, 2007 (Diss. Bremen 2006), insbes. S. 70 ff.; *Jochen Taupitz* *Medizinische Informationstechnologie, leitliniengerechte Medizin und Haftung des Arztes*, AcP 211 (2011), 352 ff.

¹² In diesem Sinne etwa *Igl* SGB 2007, 381 ff.; *ders.* *Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*, NJW 2008, 2214 ff.; *Peter Udsching* in: *ders.* (Hrsg.), SGB XI, 3. Aufl. 2010, § 28 Rn. 9 ff., 11 f.

Pflegequalität waren zunächst in § 80 SGB XI vorgesehen gewesen¹³, die geltenden, wesentlich umfangreicheren (durch das Gesetz vom 21. Dezember 2015 jetzt wiederum ausgeweiteten und ergänzten) Regelungen über die Vereinbarung von „Maßnahmen und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ und die „Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege“ (§§ 113, 113a SGB XI) gehen auf das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 zurück¹⁴.

Die Entwicklung des untergesetzlichen Regelungsinstrumentariums, mit dem durch die Festlegung von Qualitätskriterien substantielle Voraussetzungen für die Anwendung des – auf den Begriff des „allgemein anerkannten Stands medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ zentrierten – Gesetzes gewährleistet werden sollen, kann hier nicht im Einzelnen nachgezeichnet werden. Hervorzuheben ist aber, dass die praxisbezogenen Vorgaben der „Pflegeselbstverwaltung“ einer massiven wissenschaftlichen Kritik ausgesetzt waren. In verschiedenen Studien wurden gravierende methodische Mängel geltend gemacht, Qualitätskriterien wurden als ungeeignet, Bewertungsverfahren als nicht nachvollziehbar eingestuft¹⁵. Aus einer solchen Kritik hat sich die Forderung nach Qualitätskriterien und -maßstäben ergeben, durch die eine strukturierte Erfassung und Auswertung des realen pflegerischen Leistungsgeschehens ermöglicht wird: Pflegequalität soll, kurz gesagt, zu einer messbaren und darstellbaren Größe werden, die entsprechenden Ergebnisse sollen in nachvollziehbarer Weise in vergleichende Bewertungen einzustellen sein.

¹³ Vgl. nur *Altmiks* in: jurisPK – SGB XI, § 113 Rn. 1.

¹⁴ Zu dem Gesetz etwa *Igl* NJW 2008, 2214 ff.

¹⁵ S. nur *Stefan Görres/Martina Hassler/Barbara Mitnacht* Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V., Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen 2008; *Martina Hassler/Karin Wolf-Ostermann* Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich, 2010.

3. Das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität

Solchen Erwartungen soll mit dem Konzept der indikatorengestützten Qualitätserfassung und -beurteilung Rechnung getragen werden. Modellüberlegungen sind insoweit vor allem in dem schon angesprochenen Projekt zur „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ entwickelt worden, das von *Wingenfeld* und *Engels* mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführt worden ist¹⁶. Qualität soll mit dem entsprechenden Verfahren weder „flächendeckend“ noch in irgendeinem Sinne „vollständig“, sondern nur anhand genau definierter Indikatoren erfasst und ausgewertet werden,

- anhand derer *messbare Veränderungen* des Zustands, der Wahrnehmung und des Erlebens der Pflegebedürftten festzustellen sind,
- die wiederum von einer – bestimmten – Einrichtung und ihren Mitarbeitern maßgeblich *beeinflusst* werden können und
- vor allem auch zu einer *vergleichenden Qualitätsbeurteilung* geeignet sind¹⁷.

Es gibt eine ganze Reihe von Kriterien, die einer oder mehreren dieser Anforderungen *nicht* genügen, darunter auch solche, die zwar im Rahmen eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nutzbar sind, bei einer vergleichenden Messung und Darstellung von Qualität aber nicht in Betracht gezogen werden können¹⁸.

¹⁶ Oben Fn. 7.

¹⁷ *Wingenfeld/Engels* (Fn. 7), S. 287 ff.

¹⁸ Näher *Wingenfeld/Engels*, S. 289.

Einer der entscheidenden Vorzüge des indikatorengestützten Verfahrens kann darin gesehen werden, dass es systematisch bei den realen *einrichtungswinterne* Abläufen und Gegebenheiten ansetzt. Soweit diese anhand der festgelegten Indikatoren fortlaufend von der Einrichtung selbst „gemessen“ und die Ergebnisse dargestellt werden, wird die Beurteilung der Leistungsqualität nicht nur auf eine Informationsbasis gestellt, die unendlich viel breiter als diejenige ist, auf der eine (über Stichproben nicht hinausgehende) Qualitätsprüfung herkömmlicher Art beruht. Vor allem werden solche Informationen für Zwecke der Qualitätsoptimierung nutzbar gemacht, die von vornherein nur *innerhalb* der Einrichtung zu erfassen sind, externen Kontrollinstanzen also nicht – unmittelbar – zur Verfügung stehen können. Bei dem indikatorengestützten Verfahren werden die Pflegeeinrichtungen also gezwungen, *interne* Gegebenheiten in einer strukturierten Weise zu *explizieren*, um eine – begrenzte – Beobachtung „von außen“ und die Einordnung entsprechender Befunde in ein vergleichendes Raster möglich zu machen. Gerade bei einem komplexen Leistungsgeschehen, das von selbständig operierenden Organisationseinheiten getragen wird, liegt es nahe, Qualität – auch – mit *solchen* Verfahren zu erfassen und zu optimieren. Das von *Wingenfeld* und *Engels* vorgeschlagene Vergleichsraster ist im Übrigen grob, es sieht im Wesentlichen nur eine Abstufung qualitativ „durchschnittlicher“, „überdurchschnittlicher“ und „unterdurchschnittlicher“ Ergebnisse vor¹⁹.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23. Oktober 2012²⁰ und vor allem dann mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 hat sich die Gesetzgebung für die Nutzung eines indikatorengestützten Verfahrens im Rahmen des Pflegeversicherungsrechts entschieden, im geltenden Recht ist dies vor allem in § 113 Abs. 1 Satz 1 und 2, Abs. 1a und 1b, § 113 b Abs. 4 und § 115 Abs. 1a Satz 10 SGB XI vorgesehen. Damit aber stellt sich die Frage, welchen Zwecken *genau* dieses Verfahren in einem Sozialleistungssystem dienen soll,

¹⁹ *Wingenfeld/Engels*, (S. 290).

²⁰ § 113 Abs. 1 Satz 4 SGB XI wurde, wie schon erwähnt, um eine Nr. 4 – zur Einführung eines indikatorengestützten Verfahrens – ergänzt, dazu etwa *Dalichau* SGB XI, § 113 Rn. 31, 33.

das bereits über ausgebaute Regelungsstrukturen und Kontrollmechanismen verfügt. Präziser ist zu fragen, wie das neue Regelungsinstrument in das Elfte Kapitel SGB XI – „Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftten“ – einzuordnen ist, in dem nicht nur „materielles Qualitätssicherungsrecht“ geregelt ist, sondern auch *Qualitätsprüfungen* vorgesehen sind (§§ 114, 114a SGB V), die zu einschneidenden Maßnahmen und Entscheidungen der Landesverbände der Pflegekassen und der einzelnen Pflegekassen führen können (§ 115 Abs. 2 bis 6 SGB XI). Ferner ist in § 115 Abs. 1a SGB XI eine *Qualitätsdarstellung* vorgeschrieben, aus der sich für die Leistungserbringer unter Umständen gravierende Belastungen ergeben²¹.

Aus dem oben Ausgeführten ergibt sich bereits, dass Verfahren wie das der indikatorengestützten Qualitätserfassung und -beurteilung ihrer Anlage nach vor allem auf die Aktivierung der Selbstbeobachtungspotentiale der Einrichtungen und, über die fortlaufende Einstellung der jeweiligen Ergebnisse in einen übergreifenden Leistungserbringervergleich, auf die Steigerung ihrer Lern- und Selbstverbesserungsfähigkeit gerichtet sind. Schon daraus kann gefolgert werden, dass zumindest eine direkte Verknüpfung mit externen Kontrollen, bei denen Mängelfeststellungen mit „repressiv“ oder sanktionsartig wirkenden Maßnahmen verknüpft sind, kaum in Betracht zu ziehen ist: Ein Steuerungskonzept, das in erster Linie auf die Stimulierung dezentraler Lern- und Optimierungsprozesse setzt, wird sich kaum entfalten, wenn die „Umwelt“ der Leistungserbringer auf realistische Selbstbeschreibungen direkt mit belastenden

²¹ Zu den gerichtlichen Auseinandersetzungen über die Qualitätsberichterstattung nach § 115 Abs. 1a SGB XI, die auch mit verfassungsrechtlichen Argumenten angegriffen worden ist, etwa *Foroud Shirvani* Verfassungsrechtliche Fragen zu Transparenzberichten in der Pflegeversicherung, ZfSH/SGB 2010, 711 ff.; *Mario Martini/Alexandra Albert* Finden, statt suchen? – Der Pflege-TÜV und risikoorientierte Suchfunktionen als casus belli, NZS 2012, 201 ff., 241 ff.; *Bernd Schütze* Verfassungsrechtliche Anforderungen an die Pflegequalitätsberichterstattung nach § 115 Abs. 1a SGB XI, KrV 2012, 14 ff.; *Michael A. Ossege* Rechtliche Aspekte des Pflege-TÜV – Rechtsschutzmöglichkeiten gegen eine Veröffentlichung von Transparenzberichten im Internet, NZS 2012, 526 ff.; *Juliane Geldermann/Thomas Hammer* Gesetzgebungskompetenzen als Grenze der Verbraucherinformation durch den Bund, VerwArch 2013, 64 ff.; *Axer* Verfassungsrechtliche Fragen der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung, GesR 2015, 193 ff.

administrativen Entscheidungen reagieren kann. Die *Bereitschaft* zur Selbstbeobachtung und zur Selbstkorrektur ist eine Ressource, ohne die das indikatorengestützte Verfahren nicht erfolgreich eingesetzt werden kann.

III. Das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Qualität und die Qualitätsprüfung nach §§ 114 und 114a SGB XI

1. Die Qualitätsprüfung als Instrument zur Feststellung und Beseitigung von Qualitätsmängeln in der einzelnen Einrichtung

Die Qualitätsprüfung nach §§ 114 und 114a SGB XI ist das Instrument einer auf die einzelne Pflegeeinrichtung bezogenen externen Qualitätskontrolle, bei der die Kontrollinstanz auf Mängel mit für den Leistungserbringer belastenden Entscheidungen reagiert. Nach Maßgabe der genannten Vorschriften wird vor Ort geprüft, inwieweit der Leistungserbringer zentral festgelegte Regeln einhält. Wenn Mängel festgestellt werden, entscheidet der Landesverband der Pflegekassen über zu treffende Maßnahmen, er erteilt dem Einrichtungsträger einen entsprechenden Bescheid und setzt ihm eine Frist zur Beseitigung der jeweiligen Mängel (§ 115 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Sofern diese nicht fristgerecht erfolgt, kann der Versorgungsvertrag gekündigt werden (§ 115 Abs. 2 Satz 2 SGB XI), weitere für die Einrichtung nachteilige Maßnahmen kommen in Betracht (§ 115 Abs. 3 bis 6 SGB XI).

Im Gesetz ist der Begriff des *Qualitätsmangels* nicht definiert, auch die einschlägige Literatur ist wenig ergiebig. In § 114 Abs. 2 Satz 2 SGB XI ist allerdings der hier zugrunde zu legende *Prüfungsmaßstab* festgelegt: Die

prüfende Stelle oder Person hat zu untersuchen, ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Bei der Qualitätsprüfung sind demnach Feststellungen darüber zu treffen, ob die Anforderungen eingehalten werden, die sich

- unmittelbar aus dem *Gesetz* (insbesondere aus §§ 11 Abs. 1, 28 Abs. 3 SGB XI),
- aus den (nach § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 und 4 SGB XI für die Einrichtungen verbindlichen) *Maßstäben und Grundsätzen* i.S. des § 113 SGB XI und den *Expertenstandards* i.S. des § 113a SGB XI,
- *aus den Rahmenverträgen* nach § 75 SGB XI und
- *der Pflegesatzvereinbarung* nach § 84 Abs. 5 SGB XI

ergeben. Ein Qualitätsmangel i.S. des § 115 Abs. 2 SGB XI läge demnach immer dann vor, wenn bei der Prüfung in einer bestimmten Einrichtung eine – dieser oder deren Mitarbeitern zuzurechnende – Abweichung von einer (oder mehreren) dieser Vorgaben festgestellt wird.

2. Strukturelle Divergenzen

Qualitätsprüfung und indikatorengestütztes Messungs- und Darstellungsverfahren erscheinen damit als Instrumente einer Qualitätssicherung und -optimierung in der Pflege, die sich ihrer Anlage und Struktur nach unter fast allen relevanten Gesichtspunkten deutlich unterscheiden:

- *Qualitätsprüfungen* nach §§ 114 und 114a SGB XI sind *externe*, „*individuelle*“ (nur die einzelne Einrichtung betreffende) und „*punktueller*“ (stichprobenartige) Kontrollen, in denen von der prüfenden Stelle oder Person *alle* einschlägigen Qualitätsanforderungen abzurufen sind, *jede* Abweichung davon wird im Prüfbericht als Qualitätsmangel abgebildet und

kann auf der administrativen Ebene mit belastenden Entscheidungen aufgegriffen werden.

- Beim indikatorengestützten Verfahren hingegen sind *alle* Einrichtungen *fortlaufend* (also nicht nur „punktuell“) zu einer Selbstbeobachtung und -beschreibung verpflichtet, die aber nicht an allen gesetzlichen und untergesetzlichen Qualitätsanforderungen, sondern nur an solchen *ausgewählten Kriterien* ausgerichtet ist, die für eine (auf die jeweiligen Indikatoren beschränkte) *vergleichende Qualitätsbeurteilung* geeignet sind. Von der Einordnung der Ergebnisse in ein grobes Vergleichsraster wird vor allem, im Sinne eines benchmarking, die Freisetzung einrichtungsinterner Lern- und Optimierungsprozesse erwartet.

Bei derartigen konzeptionellen Divergenzen könnte angenommen werden, dass sich Qualitätsprüfungen „herkömmlicher Art“ und indikatorengestütztes Verfahren zwar – im Sinne des übergreifenden Ziels der Qualitätserhaltung und -verbesserung – ergänzen können, auf der „operativen Ebene“ aber sehr deutlich voneinander abzutrennen sind. Genau diese Konsequenz wird im SGB XI aber offenbar *nicht* gezogen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 und 114a SGB XI können zwar im Rahmen eines indikatorengestützten Verfahrens – durch dessen Anlage bedingt – nicht genutzt werden. Die Möglichkeit einer Verwendung der Ergebnisse des indikatorengestützten Verfahrens für die Zwecke der Qualitätsprüfung – und für die der Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI – hingegen wird im SGB XI jetzt explizit *vorausgesetzt*. Nach der (durch das Gesetz vom 21. Dezember 2015 geschaffenen) Regelung in § 113 Abs. 1b Satz 2 SGB XI leitet die unabhängige, mit der Auswertung der im Rahmen des indikatorengestützten Verfahrens erhobenen Daten betraute Institution die erarbeiteten Ergebnisse „an die Landesverbände der Pflegekassen und die von ihnen beauftragten Prüfinstitutionen und Sachverständigen weiter“, diese wiederum dürfen die übermittelten Daten zu den in §§ 114 und 114a sowie in § 115 Abs. 1a SGB XI genannten Zwecken verarbeiten und nutzen.

Bemerkenswert ist, dass die zuletzt angeführte Vorschrift als *Befugnisnorm* gefasst ist, selbst aber keine Handlungspflichten statuiert: Die Landesverbände und die von ihnen beauftragten Prüfinstitutionen und Sachverständigen *dürfen* der Regelung zufolge die von der unabhängigen Institution übermittelten Daten zu den im Gesetz genannten Zwecken verarbeiten und nutzen, sie *müssen* dies aber nicht tun. Fraglich bleibt jedoch, in welcher Weise Auswertungsergebnisse i.S. des § 113 Abs. 1b SGB XI überhaupt für die Zwecke der Qualitätsprüfung nach §§ 114 und 114a SGB XI zu nutzen sind. Dass es im Gesetz selbst insoweit keine Spezifizierung, sondern nur eine pauschale, an die Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI adressierte Regelungsermächtigung gibt, ist hier schon mehrfach hervorgehoben worden.

3. Nutzung der Auswertungsergebnisse i.S. des § 113 Abs. 1b SGB XI für die Zwecke der Qualitätsprüfung nach §§ 114 und 114a SGB XI

Nach dem Ausgeführten kann im Grunde nur *eine* Nutzung der Auswertungsergebnisse i.S. des § 113 Abs. 1b SGB XI für die Zwecke einer Qualitätsprüfung nach §§ 114 und 114a SGB XI in Betracht gezogen werden: Soweit Leistungen der einzelnen Einrichtung in der Auswertung im Rahmen des indikatorengestützten Verfahrens unter bestimmten Gesichtspunkten als „unterdurchschnittlich“ eingestuft worden sind, kann der Landesverband der Pflegekassen zur Durchführung einer Prüfung i.S. der §§ 114 und 114a SGB XI veranlasst sein, in jedem Fall wird er (bzw. die von ihm beauftragte Institution oder Stelle) Gesichtspunkten, die mit dem entsprechenden Kriterium in Zusammenhang stehen, bei einer Prüfung besondere Aufmerksamkeit zu schenken haben: Unterdurchschnittliche Einstufungen in der vergleichenden Qualitätsmessung und -bewertung können als *Hinweis* darauf gesehen werden, dass es unter den jeweils relevanten Aspekten in der zu prüfenden Einrichtung Qualitätsmängel geben *kann*. Mehr als Anhaltspunkte für eine solche *Möglichkeit* dürfen aus den Auswertungsergebnissen allerdings nicht herausgelesen werden:

Die Mängel selbst sind von den prüfenden Institutionen oder Sachverständigen „dingfest“ zu machen, sie müssen also in der Prüfung jeweils genau bestimmt, alle Feststellungen müssen auf verwertbare Nachweise gestützt werden.

Wird die Qualität der Leistungen einer Einrichtung im Rahmen des indikatorengestützten Verfahrens unter bestimmten Gesichtspunkten als „durchschnittlich“ oder „überdurchschnittlich“ eingeordnet, so lässt dies im Grunde überhaupt keine Rückschlüsse zu, die im Rahmen des Qualitätsprüfungsverfahrens nach §§ 114 und 114a SGB XI zu verwenden wären. Bei „durchschnittlicher“ Leistungsqualität – im indikatorengestützten Verfahren – sind Mängel – in der Qualitätsprüfung – schon deshalb nicht ausgeschlossen, weil es jedenfalls denkbar ist, dass Durchschnittsgrößen hier von einem gleichsam in der Fläche mit Mängeln behafteten Leistungsgeschehen geprägt sind. Vor allem aber muss berücksichtigt werden, dass das indikatorengestützte Verfahren keineswegs *alle*, sondern nur einen *Ausschnitt* der für die Leistungsqualität relevanten Kriterien und der Anforderungen erfasst, deren Einhaltung im SGB XI und in den auf dessen Grundlage getroffenen Regelungen gefordert wird (s. oben, II.3.). In Einrichtungen, deren indikatorengestützt ausgewertete Leistungen unter bestimmten Gesichtspunkten als qualitativ „herausragend“ eingestuft worden sind, können deshalb in der (über die Kriterien des indikatorengestützten Verfahrens weit hinausgreifenden) Qualitätsprüfung nach §§ 114 und 114a SGB XI ohne Weiteres gravierende Qualitätsmängel festgestellt werden, die wiederum zu einschneidenden Maßnahmen nach § 115 Abs. 2 SGB XI führen. Eine direkte Ausrichtung der Qualitätsprüfung nach §§ 114 und 114a SGB XI an den Auswertungsergebnissen i.S. des § 113 Abs. 1b SGB XI muss insofern geradezu als gefährlich bezeichnet werden: Selbst substantielle Qualitätsfragen können mit den Mitteln eines indikatorengestützten Verfahrens – grundsätzlich oder doch auf absehbare Zeit – nicht „abgebildet“ werden²², eine Verengung oder auch nur eine Konzentration

²² Wingenfeld/Engels (Fn. 7), S. 289 ff., 291 ff.

der Qualitätsprüfung auf die im Rahmen des indikatorengestützten Verfahrens erfassten Qualitätsaspekte ist somit von Rechts wegen ausgeschlossen.

Nochmals sei betont, dass ein indikatorengestütztes Verfahren nur durch die Aktivierung der Lernfähigkeit *der Einrichtungen selbst* zu einer relevanten Verbesserung der Leistungsqualität in der Pflege beitragen kann. Die entsprechende Lernbereitschaft würde aber erstickt, wenn von den Einrichtungen in das indikatorengestützte Verfahren eingebrachte Informationen direkt im Rahmen einer Prüfung genutzt werden könnten, die auf die Ermittlung konkreter Mängel in der Einrichtung selbst und auf deren Beseitigung durch belastende administrative Einzelentscheidungen gerichtet ist.

IV. Indikatorengestütztes Verfahren und Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI

Die zuletzt angesprochenen Fragen sind umso ernster zu nehmen, als im Gesetz jetzt eine Nutzung der Auswertungsergebnisse, die im indikatorengestützten Verfahren gewonnen werden, auch im Rahmen der (durch das Gesetz vom 21. Dezember 2015 zum Teil neu geregelten) Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI vorgesehen ist: Die Weiterleitung der Auswertungsergebnisse an die Landesverbände soll nach § 113 Abs. 1b Satz 2 SGB XI auch *diesem* Zweck dienen, auch insoweit *dürfen* die Verbände die von der unabhängigen Institution übermittelten Daten verarbeiten und nutzen. Auch hier werden die angesprochenen Verarbeitungs- und Nutzungsmöglichkeiten im Gesetz selbst in keiner Hinsicht spezifiziert, es sind wiederum die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI, die blankettartig gehaltene Vorschriften konkretisieren, und damit die für die Praxis bedeutsamen normativen Entscheidungen treffen sollen (§ 115 Abs. 1a Satz 2 bis 12 SGB XI). Beim Abschluss entsprechender „Qualitätsdarstellungsvereinbarungen“ sollte aber Klarheit darüber bestehen, inwieweit – unter welchen Voraussetzungen und in welchen Grenzen – das

indikatorengestützte Verfahren überhaupt mit einer Qualitätsdarstellung im Sinne des § 115 Abs. 1a SGB XI kompatibel ist.

§ 115 Abs. 1a, der die Verpflichtung der Landesverbände zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten betrifft, wurde durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 in das SGB XI eingefügt²³, die Veröffentlichungspraxis selbst hat zu zahlreichen Rechtsstreitigkeiten geführt²⁴. Schon aus den systematischen Regelungszusammenhängen ist ersichtlich, dass die Veröffentlichung der Qualitätsberichte auf das Engste mit der *Qualitätsprüfung* nach §§ 114 und 114a SGB XI verknüpft ist: In § 115 Abs. 1 SGB XI ist festgelegt, welche Stellen und Einrichtungen die *Ergebnisse* der durchgeführten Prüfungen erhalten, durch die Veröffentlichung nach § 115 Abs. 1a SGB XI werden sie in bestimmtem Umfang auch der Allgemeinheit zugänglich gemacht. In § 115 Abs. 1a Satz 2 SGB XI *alter Fassung* war die Veröffentlichungspflicht geradezu mit den Qualitätsprüfungen „verklammert“²⁵, mit der Neufassung des genannten Absatzes durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 hat die Gesetzgebung diese normative Verknüpfung relativiert.

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden zwar auch weiterhin die wichtigste Grundlage der Veröffentlichungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI sein, die Landesverbände sollen insoweit aber auch, wie erwähnt, über die

²³ Zu der Vorschrift näher etwa *Altmiks* in: jurisPK – SGB XI, § 115 Rn. 13 ff.; *Dalichau* SGB XI, § 115 Rn. 12 ff, 61 ff.

²⁴ S. dazu bereits die Nachweise in Fn. 21. Das Bundessozialgericht hat die Qualitätsberichterstattung als *verfassungsgemäß* eingestuft, vor allem auch unter dem Gesichtspunkt einer Beeinträchtigung der Berufsfreiheit der Einrichtungsträger, Urt. vom 16. Mai 2013 – B 3 P 5/12 R, BSGE 113, 258 ff.; zu der Entscheidung *Udsching* SGB 2014, 509 ff.

²⁵ Die Vorschrift lautete: „Hierbei [d.h. bei der Veröffentlichung der Berichte] sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 zugrunde zu legen; sie können durch in anderen Prüfverfahren gewonnene Informationen, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, darstellen, ergänzt werden“.

Auswertungsergebnisse aus dem indikatorengestützten Verfahren verfügen. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sollen vor allem an den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI ausgerichtet sein (§ 115 Abs. 1a Satz 2 SGB XI *neuer Fassung*), in denen (nach der Maßgabe des Gesetzes vom 21. Dezember 2015) auch das indikatorengestützte Verfahren auszugestalten ist. Oben (III.2. und 3.) wurde bereits gezeigt, dass nicht hinreichend durchdachte oder zu enge Verknüpfungen zwischen Qualitätsprüfung „herkömmlicher Art“ und „systemischem“ Qualitätsmanagement – aufgrund der Unterschiedlichkeit der Instrumente – zur Beeinträchtigung oder sogar zum Scheitern von Regelungsansätzen führen würden, die auf eine Verbesserung der Leistungsqualität durch die Stimulierung von Lernprozessen in den Einrichtungen selbst gerichtet sind. Dieses Problem würde erheblich verschärft, wenn den *grundlegenden Unterschieden* zwischen Prüfungsergebnissen im Sinne des § 115 Abs. 1 SGB XI und Auswertungsergebnissen im Sinne des § 113 Abs. 1b SGB XI im Rahmen der Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI nicht angemessen Rechnung getragen wird. Innerhalb der Darstellungen sollten die beiden „Formate“ daher in jedem Fall sehr deutlich voneinander *abgehoben* werden.

Im Übrigen ist vor allem aus zwei Gründen zu erwägen, Auswertungen, die auf der vergleichenden Messung und Darstellung von Qualität im indikatorengestützten Verfahren beruhen, bei der Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI grundsätzlich *ohne Bezeichnung* der einzelnen Einrichtung zu verwenden:

- Zum einen können bei einer Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse unter Angabe der Einrichtung sehr leicht Fehlorientierungen in der Öffentlichkeit erzeugt werden, weil im indikatorengestützten Verfahren, wie gezeigt, auch substantielle Qualitätsaspekte nicht abzubilden sind. Insofern ist auch bei „durchschnittlichen“ oder sogar „überdurchschnittlichen“ Ergebnissen hinsichtlich der erfassten Qualitätskriterien nicht auszuschließen, dass in der einzelnen Einrichtung

gravierende Qualitätsmängel gegeben sind. Durch die – ihrer Anlage nach „punktuelle“ – Qualitätsprüfung nach §§ 114 und 114a SGB XI wird diese Problematik nicht wirklich „entschärft“.

- Die „Prangerwirkung“, die sich aus der Veröffentlichung negativer, individuell zugeordneter Qualitätszuschreibungen ergibt, „passt“ nicht zu einem Managementansatz, der auf die Erhöhung der Lern- und Selbststeuerungsfähigkeit der Einrichtung abzielt. Die Bereitschaft zum Lernen wird sehr rasch sinken, wenn die „Umwelt“ Selbstbeschreibungen, durch die Lernprozesse ermöglicht werden sollen, (auch) zur Bloßstellung dessen nutzt, der den Regeln entsprechend Interna preisgegeben hat. Auch aus Bloßstellungen werden Einrichtungen „lernen“, oft aber nicht das, was im Sinne einer Verbesserung der Pflegequalität wünschenswert ist.

All dies spricht dafür, Auswertungen aus dem indikatorengestützten Verfahren im Rahmen der Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI nur im Sinne eines Gesamtbildes hinsichtlich des Stands der Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen zu verwenden, öffentliche Zuordnungen zur einzelnen Einrichtung aber zu vermeiden. Letztere wäre natürlich über die eigene Einstufung – im Vergleich zu den übrigen Einrichtungen – zu informieren, weil nur so Lernprozesse im Sinne eines benchmarking eröffnet werden können.